

Библиография Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430163.html>

Авторы В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров

Издательство ГЭОТАР-Медиа

Год издания 2014

Прототип Электронное издание на основе: Амбулаторная хирургия детского возраста: учеб. пособие / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.: ил. - ISBN 978-5-9704-3016-3.

Оглавление

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	2
ПРЕДИСЛОВИЕ	2
ТЕМА «ПАНАРИЦИЙ»	2
ТЕМА «ЛИМФАДЕНИТ, АДЕНОФЛЕГМОНА, ПАРОТИТ»	5
ТЕМА «МАСТИТ».....	7
ТЕМА «БАЛАНОПОСТИТ»	10
ТЕМА «ПОСТИНЪЕКЦИОННЫЕ АБСЦЕССЫ. ПИОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА»	14
ТЕМА «ВРОСШИЙ НОГОТЬ»	17
ТЕМА «ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»	26
ТЕМА «КЕФАЛОГЕМАТОМА».....	29
ТЕМА «ВЫВИХ I ПАЛЬЦА КИСТИ».....	31
ТЕМА «ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ»	33
ТЕМА «ПОДНАДКОСТНИЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ГОЛЕНИ»	36
ТЕМА «ЭПИФИЗЕОЛИЗ. ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗ»	41
ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОПЧИКА»	43
ТЕМА «ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ГЕМАРТРОЗ. СИНОВИТ».....	45
ТЕМА «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК».....	48
ТЕМА «ОЖОГИ I-II СТЕПЕНИ».....	49
ТЕМА «ОЗНОБЛЕНИЕ»	52
ТЕМА «УКУШЕННЫЕ РАНЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, ЗМЕЙ, НАСЕКОМЫХ»	53
ТЕМА «КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА».....	58
ТЕМА «СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ»	60
ТЕМА «ВРОЖДЕННЫЕ СВИЩИ ПУПКА»	66
ТЕМА «ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»	68
ТЕМА «СИНЕХИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ»	71
ТЕМА «ВЫПАДЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА»	72
ТЕМА «ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ»	75
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ.....	78
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ.....	92
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ	95

ПРИНЯТЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

ЖКТ - желудочно-кишечный тракт

РСЦ - рентгеновская суставная щель

СОЭ - скорость оседания эритроцитов

УВЧ - ультравысокие частоты

УЗИ - ультразвуковое исследование

УФО - ультрафиолетовое облучение

♦ - торговое название лекарственного средства

ПРЕДИСЛОВИЕ

Педиатрические факультеты обеспечивают базовую подготовку, создавая необходимый клинический фундамент, учитывающий запросы учреждений первичного звена практического здравоохранения и ориентированный на углубление амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению. На сегодняшний день раздел амбулаторной хирургии детского возраста остается в зоне повышенного внимания не только преподавателей высшей медицинской школы, но и выпускников педиатрических факультетов. В процессе освоения медицинских знаний по разделу «Хирургия детского возраста» студент должен быть хорошо ориентирован в мотивационной характеристике темы, учебной цели занятия и конкретных целях, указывающих на необходимость освоения определенных теоретических знаний и практических умений. Это позволит обучающемуся при работе с данным учебным пособием в процессе самостоятельной подготовки акцентировать внимание на тех моментах, с помощью которых он сможет не только гарантированно ответить на контрольные вопросы темы практического занятия, но с успехом решать профессиональные вопросы в качестве практикующего врача.

ТЕМА «ПАНАРИЦИЙ»

1. Информация по теме

Панариций - острое гнойное воспаление тканей пальцев кистей и стоп. В детском возрасте гнойное воспаление пальцев кисти возникает вследствие проникновения инфекции в ткани пальца через ссадины, царапины, точечные уколы, занозы. Локализация местного очага, распространенность процесса, его клинические проявления не только обусловлены входными воротами и вирулентностью инфекции, но и в большей степени связаны со сложным анатомическим строением кисти.

Своевременное установление диагноза, проведение комплекса неотложных мероприятий на догоспитальном этапе предупреждают развитие тяжелых осложнений. Поэтому для врача так важно своевременно выявить признаки гнойного воспаления пальцев кисти.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики гнойных воспалительных заболеваний пальцев кисти, формулирование правильного диагноза, назначение адекватной терапии, своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Анатомическую классификацию панариция пальцев кисти.	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать для определения вида панариция.
2. Клиническую картину видов панариция пальцев кисти.	2. Выявлять клинические признаки панариция пальцев кисти.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	3. Интерпретировать данные рентгенологического и

4. Дифференциальную диагностику заболеваний, обладающими сходной симптоматикой.	сультразвукового (УЗИ) исследования.
---	--------------------------------------

Окончание табл.

Знать	Уметь
5. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе.	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
6. Общие принципы оперативного лечения	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Кожный панариций.

5.2. Подногтевой панариций.

5.3. Околоногтевой панариций.

5.4. Паронихия.

5.5. Подкожный панариций.

5.6. Сухожильный панариций.

5.7. Суставной панариций.

5.8. Костный панариций.

5.9. Пандактилит.

5.10. Клиническая картина заболевания, особенности течения в зависимости от вида панариция.

5.11. Лабораторные (клинический анализ крови) и инструментальные (рентгенография, УЗИ) исследования.

5.12. Консервативное лечение.

5.13. Показания к хирургическому лечению, принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов, способствующих развитию гнойного воспаления тканей пальцев кисти (колотые раны, занозы, заусенцы, ушибы).

6.2. Оценка состояния больного, степень выраженности болевого синдрома.

6.3. Оценка местных патологических изменений области пораженного пальца:

- *кожный панариций* - подэпидермальный внутрикожный абсцесс, при котором поверхностные слои эпидермиса отслаиваются экссудатом от мальпигиева слоя кожи. Около 80% кожного панариция локализуется на ладонной поверхности пальцев. При осмотре на пальце обнаруживается ограниченный гнойник, окруженный пояском гиперемии. Под приподнятым эпидермисом просвечивает прозрачный или мутный серозный, гнойный или геморрагический экссудат. По мере развития гнойника нарастает

боль в пальце. На тыле кисти, предплечья появляются признаки лимфангита; может повыситься температура тела;

- *подногтевой панариций* - воспалительный экссудат скапливается под ногтевой пластинкой, отслаивая последнюю от ногтевого ложа на всем ее протяжении или на отдельном участке. При данной форме панариция отек и гиперемия кожи не выражены, основным симптомом - пульсирующая, распирающая боль в области ногтевой фаланги;

- *паронихия* - воспаление ногтевого валика. Отмечаются нависание и болезненная отечность околоногтевого валика над ногтевой пластиной;

- *подкожный панариций* - воспаление подкожной клетчатки пальца. Отмечается болезненность в месте возвышения воспалительного очага (фокуса); боли носят постепенно нарастающий, дергающий, пульсирующий характер; боли лишают больного покоя и сна - симптом «первой бессонной ночи»;

- *сухожильный панариций (гнойный тендовагинит)* - гнойное воспаление сухожильного влагалища и сухожилия. Основным клиническим признаком данной формы панариция - резкое усиление боли при попытке разгибания пальца, который находится в вынужденном полусогнутом положении. При этом отмечается отек всего пальца, более выраженный на тыльной поверхности.

Точечная пальпация выявляет наибольшую болезненность в проекции сухожильного влагалища на ладонной поверхности;

- *суставной панариций* - в гнойно-воспалительный процесс вовлекаются параартикулярные мягкие ткани и капсула межфаланговых или пястно-фаланговых суставов. Воспаленный сустав приобретает веретенообразную форму. Тыльные межфаланговые борозды сглаживаются, движения пальца приводят к резкому усилению боли в пораженном суставе. Отмечается местное повышение температуры;

- *костный панариций* развивается, как правило, при переходе патологического процесса с мягких тканей на кость (вторичный характер), т. е. - это остеомиелит фаланги. При данной форме панариция имеет место непрекращающаяся боль, развивающаяся в глубине (в кости), которая заставляет больного держать палец в вынужденном положении. Больной оберегает руку от движений, прикосновений;

- *пандактилит* - прогрессирующее гнойное воспаление всех тканей пальца, в том числе сухожилий, костей и суставов. Палец резко увеличивается в объеме, становится отечным, напряженным, деформируется. Кожа воспаленного пальца приобретает циано-тично-багровый оттенок, блестит.

6.4. Клинический анализ крови (лейкоцитоз, ускорение скорости оседания эритроцитов - СОЭ).

6.5. Рентгенография пальца кисти (всей кисти) в двух стандартных проекциях: изменение структуры кости, изменение ширины сустава, определяемого на снимке - рентгеновской суставной щели (РСЩ).

6.6. УЗИ: отек мягких тканей в области интереса, утолщение надкостницы, изменение структуры эпифиза.

6.7. Консервативное лечение: антибактериальные препараты широкого спектра действия, физиотерапия (терапия ультравысокими частотами - УВЧ), согревающие компрессы при серозно-инфильтративной стадии процесса), аппликация мазей.

6.8. При абсолютных показаниях срочное оперативное лечение, выбор оптимального хирургического доступа в зависимости от вида панариция.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм, сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 1

Ребенок 10 лет предъявляет жалобы на слабо выраженную боль в области ногтевой фаланги II пальца правой кисти. Местно: отечность и нависание околоногтевого валика над ногтевой пластинкой, пальпация околоногтевого валика болезненна. Пассивные и активные движения в пальце не нарушены. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях - деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения. Задача № 2

Ребенок 13 лет предъявляет жалобы на сильную пульсирующую боль в кончике I пальца левой кисти. Говорит, что из-за боли не может спать. Температура тела - 38,6 °С. Местно: отек I пальца, более выраженный в области ногтевой фаланги. Кожа пальца гиперемирована. При ощупывании пальца выявляется умеренная болезненность, значительная - в области кончика пальца. Палец в вынужденном положении - прямой; однако движения в суставах сохранены, но умеренно болезненны. При пальпации пальца феномен зыбления мягких тканей не выявляется. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях - деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено. УЗИ: отек мягких тканей концевой фаланги.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

ТЕМА «ЛИМФАДЕНИТ, АДЕНОФЛЕГМОНА, ПАРОТИТ»

1. Информация по теме

Лимфаденит - воспаление лимфатического узла.

Воспалительные процессы в лимфатическом узле обычно развиваются вторично. Первичными очагами могут быть инфекции лор-органов, инфицированная рана, фурункул и другие воспалительные процессы. Следует отметить, что частое развитие лимфаденитов у детей первых лет жизни обусловлено функциональной и анатомической незрелостью лимфатического аппарата. Чаще всего в детском возрасте воспаляются боковые шейные, подчелюстные, подбородочные, затылочные узлы. На верхней конечности - подмышечные, на нижней - паховые. При распространении отека и инфильтрации на перифокальную клетчатку возникает периаденит, а у детей раннего возраста, особенно новорожденных - *аденофлегмона* (диффузное распространение воспаления за пределы капсулы лимфоузла через тканевые пространства).

Паротит - воспаление околоушной железы - у детей наблюдается редко. Инфицирование происходит восходящим путем из ротовой полости по выводным протокам или гематогенно. На поздних стадиях болезни может возникнуть абсцедирование. Следует подчеркнуть, что у грудных детей при данной патологии воспалительный процесс редко остается локализованным и распространяется на окружающие ткани.

Своевременное установление диагноза, правильные диагностические и лечебные мероприятия на догоспитальном этапе позволяют предупредить развитие тяжелых осложнений при лимфадените, аденофлегмоне и паротите.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики лимфаденита, аденофлегмоны и паротита, формулирование правильных диагнозов, назначение адекватной терапии, своевременное направление в специализированное отделение для лечения, включая оперативное.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Классификацию лимфаденита.	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать.
2. Клиническую картину лимфаденита, аденофлегмоны и паротита.	2. Выявлять клинические признаки лимфаденита, аденофлегмоны и паротита.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	3. Интерпретировать данные ультразвукового исследования.
4. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой.	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
5. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе.	
6. Общие принципы оперативного лечения	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Лимфаденит (серозный, геморрагический, фибринозный, гнойный), аденофлегмона.

5.2. Паротит.

5.3. Клиническая картина лимфаденита, аденофлегмоны, дифференциальная диагностика.

5.4. Клиническая картина паротита, дифференциальная диагностика.

5.5. Лабораторные (клинический анализ крови) и инструментальные (УЗИ) исследования.

5.6. Консервативное лечение.

5.7. Показания к хирургическому лечению, принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов, способствующих развитию лимфаденита, аденофлегмоны (инфекции лор-органов, инфицированные раны, фурункул, карбункул и другие воспалительные процессы), паротита (наличие хронических заболеваний, обезвоживание).

6.2. Оценка состояния больного, наличие болевого синдрома. При аденофлегмоне температура тела повышается до высоких значений, появляются озноб, тахикардия, головные боли, выраженная слабость.

6.3. Оценка местных патологических изменений при лимфадените, аденофлегмоне: болезненность и увеличение лимфатических узлов, их подвижность, диффузная гиперемия. Выявляют входные ворота

возбудителей инфекции (рана, ссадина, потертость, язва). Признак адено-флегмоны - быстро нарастающий и плотный инфильтрат в подкожной и межлоскутной клетчатке с очагами размягчения. Больной щадит пораженную область.

6.4. Клинический анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

6.5. УЗИ: увеличение размеров лимфоузлов, понижение их эхогенности, утолщение окружающих тканей с повышением эхогенности.

6.6. Консервативное лечение: назначение антибиотиков (цефалоспорины детям в возрасте старше 3 мес жизни, аминогликозиды детям младше 3 мес), санация первичных очагов инфекции. В стадии инфильтрации - тепловые процедуры (компрессы), УВЧ-терапия.

6.7. При абсцедировании процесса, развитии флегмоны показано оперативное лечение - вскрытие и дренирование гнойного очага.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 3

У ребенка 5 лет отмечены увеличение и болезненность лимфатических узлов подмышечной области. Температура тела - 37,5-38 °С. Родители указывают на тот факт, что у ребенка ухудшился аппетит. При пальпации подмышечной области определяются плотные, резко болезненные лимфоузлы, отграниченные от окружающих тканей. Кожа подмышечной области гиперемирована, местная температура повышена.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 4

Ребенок 11 лет жалуется на боль при жевании пищи, припухлость мягких тканей около уха. Местно: в правой околоушной области определяется припухлость мягких тканей без четких границ, кожа над ней слегка гиперемирована. При ощупывании припухлость плотная, умеренно болезненная.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

ТЕМА «МАСТИТ»

1. Информация по теме

Гнойный мастит - острое воспаление грудной железы. Как правило, данный процесс возникает на фоне физиологического нагрубания грудных желез. Распространение воспалительного процесса на окружающую клетчатку может привести к развитию флегмоны грудной клетки.

Нелактационный мастит - воспалительные процессы, локализующиеся в области молочной железы и развивающиеся вне периода беременности и лактации. Часто нелактационный мастит в пре- и

пубертатном периодах развивается на фоне транзиторной кистозной трансформации ткани молочной железы. При наличии кист в ткани молочной железы развивается их воспаление, что может в дальнейшем привести к формированию абсцесса.

Своевременное установление диагноза, проведение комплекса адекватных лечебных мероприятий на догоспитальном этапе предупреждают развитие тяжелых осложнений. Следовательно врачу целесообразно своевременно выявить признаки гнойного мастита и нелактационного мастита.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики гнойного и нелактационного мастита, формулирование правильного диагноза, назначение правильной терапии, при необходимости своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину гнойного мастита.	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать.

Окончание табл.

Знать	Уметь
2. Клиническую картину нелактационного мастита.	2. Выявлять клинические признаки гнойного и нелактационного мастита.
3. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой.	3. Интерпретировать данные ультразвукового исследования.
4. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе.	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
5. Общие принципы оперативного лечения	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Гнойный мастит.

5.2. Нелактационный мастит.

5.3. Клиническая картина воспалительного процесса, особенности течения в зависимости от вида мастита.

5.4. Инструментальное исследование - УЗИ.

5.5. Консервативное лечение.

5.6. Показания к хирургическому лечению, принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза: наличие хронических очагов воспаления (кариес, хронические инфекции ЛОР-органов, пиелонефрит, инфекции кожи и половых органов), наличие физиологического нагрубания грудных желез.

6.2. Оценка состояния больного, степени выраженности воспалительного процесса.

6.3. Оценка местных патологических изменений области пораженной грудной (обеих грудных) железы:

- увеличение грудной (обеих грудных) железы;
- уплотнение железы;
- болезненность;
- повышение местной температуры;
- гиперемия кожи;
- воспалительный инфильтрат, флюктуация;
- гнойное отделяемое из выводных протоков.

6.4. УЗИ: характер и размеры поражения, наличие и количество жидкостного компонента.

6.5. Консервативное лечение: в стадии инфильтрации - полуспиртовые компрессы, антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные препараты.

6.7. При абсцедировании процесса, развитии флегмоны показано оперативное лечение - вскрытие и дренирование гнойника.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. *Лёнюшкин А. И.* Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. *Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б.* Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. *Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 5

У новорожденного ребенка определяются увеличение левой грудной железы, гиперемия кожи. При ощупывании железа плотная, местная температура повышена, сама процедура у ребенка вызывает болезненную реакцию (двигательное беспокойство, плач). Мама ребенка указывает на то, что у малыша нарушился аппетит - плохо сосет грудь.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза: наличие хронических очагов воспаления (кариес, хронические инфекции ЛОР-органов, пиелонефрит, инфекции кожи и половых органов), наличие физиологического нагрубания грудных желез.

6.2. Оценка состояния больного, степени выраженности воспалительного процесса.

6.3. Оценка местных патологических изменений области пораженной грудной (обеих грудных) железы:

- увеличение грудной (обеих грудных) железы;
- уплотнение железы;
- болезненность;
- повышение местной температуры;
- гиперемия кожи;

- воспалительный инфильтрат, флюктуация;
- гнойное отделяемое из выводных протоков.

6.4. УЗИ: характер и размеры поражения, наличие и количество жидкостного компонента.

6.5. Консервативное лечение: в стадии инфильтрации - полуспиртовые компрессы, антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные препараты.

6.7. При абсцедировании процесса, развитии флегмоны показано оперативное лечение - вскрытие и дренирование гнойника.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 5

У новорожденного ребенка определяются увеличение левой грудной железы, гиперемия кожи. При ощупывании железа плотная, местная температура повышена, сама процедура у ребенка вызывает болезненную реакцию (двигательное беспокойство, плач). Мама ребенка указывает на то, что у малыша нарушился аппетит - плохо сосет грудь.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 6

У девочки 11 лет появилось болезненное уплотнение без четких границ в области правой грудной железы. Кожа над ним гиперемирована. УЗИ грудной железы - участок уплотнения мягких тканей без жидкостного компонента. Левая грудная железа без патологических изменений.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

ТЕМА «БАЛАНОПОСТИТ»

1. Информация по теме

Баланопостит - острое воспаление головки полового члена и пре-пуциального мешка.

При рецидивирующем баланопостите возникают рубцы, обуславливающие сужение отверстия, т. е. формируется вторичный рубцовый фимоз. Среди осложнений наиболее часто встречается парафимоз. Также следует отметить, что хронический баланопостит, сопровождающийся фимозом, может осложниться развитием лейкоплакии.

Своевременное установление диагноза, проведение комплекса адекватных лечебных мероприятий на догоспитальном этапе предупреждают развитие тяжелых осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики баланопостита, формулирование правильного диагноза, назначение адекватной терапии, при необходимости своевременное направление на стационарное лечение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину баланопостита. 2. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой. 4. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе. 5. Общие принципы оперативного лечения	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать. 2. Выявлять клинические признаки баланопостита. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Гепше, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Баланопостит.

5.2. Клиническая картина воспалительного процесса.

5.3. Консервативное лечение.

5.6. Показания к хирургическому лечению, принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза: факты несоблюдения гигиены наружных половых органов.

6.2. Оценка состояния больного, жалобы на жжение или зуд в области головки полового члена, болезненное мочеиспускание.

6.3. Оценка местных патологических изменений:

- отечность кожи, гиперемия ствола и головки полового члена;
- гнойное отделяемое из препуциального мешка;
- рубцы, обуславливающие сужение отверстия крайней плоти (вторичный рубцовый фимоз).

6.4. Консервативное лечение: провести туалет головки полового члена кипяченой мыльной водой (детское мыло), затем смазать головку 5-10% линиментом синтомицина.

6.5. При рубцовом фимозе и неэффективности бескровного расширения отверстия препуциального мешка показана операция - круговое иссечение крайней плоти.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей. - СПб.: Питер, 1997.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Пугачев А. Г. Детская урология. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 7

Мальчик 13 лет предъявляет жалобы на чувство жжения и зуда в области головки полового члена, болезненность. При визуальном осмотре выявляются отечность крайней плоти, гиперемия ствола и головки полового члена, из препуциального мешка - скудное гнойное отделяемое.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения. Задача № 8

У мальчика 5 лет отмечены жалобы на покраснение крайней плоти и головки полового члена, боли в этой области. Со слов мамы ребенка, у него раньше производили бескровное расширение отверстия крайней плоти, так как головка плохо выводилась. Однако полного эффекта достигнуть не удалось - головка выводится не полностью, а воспаления в этой области бывают часто. Данные визуального осмотра: отечность крайней плоти, гиперемия ствола и головки полового члена, в области крайней плоти определяются плотные рубцы, суживающие ее отверстие.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

1. Информация по теме

Парапроктит - неспецифическое воспаление клетчатки, окружающей конечный отдел прямой кишки.

Относительно часто парапроктит возникает в грудном возрасте, в равной степени у мальчиков и девочек. В более старшем возрасте чаще болеют мальчики пре- и пубертатного периода развития. Осложнением острого парапроктита является формирование прямокишечно-промеж-ностных и прямокишечно-влагалищных свищей, через которые постоянно или периодически выделяются гной, газы, иногда кал.

Своевременное установление диагноза, проведение комплекса неотложных адекватных мероприятий предупреждают развитие тяжелых осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики парапроктита у детей, формулирование правильного диагноза, назначение адекватной терапии, своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Анатомическую классификацию острого парапроктита (рис. 1).	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать для определения вида парапроктита.
2. Анатомическую классификацию хронического парапроктита.	2. Выявлять клинические признаки острого и хронического парапроктитов.
3. Клиническую картину острого и хронического парапроктитов.	3. Интерпретировать данные рентгенологического и ультразвукового исследования.
4. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	

Окончание табл.

Знать	Уметь
5. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой.	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
6. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе.	
7. Общие принципы оперативного лечения	

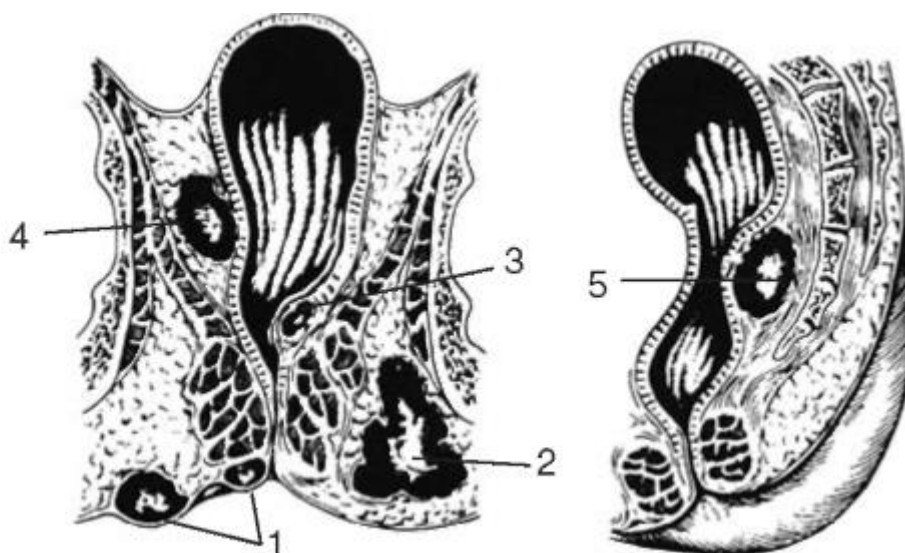


Рис. 1. Анатомическая классификация острого парапроктита: 1 - подкожный (перианальный); 2 - седалищно-прямокишечный (ишиоректальный); 3 - под-слизистый; 4 - тазово-прямокишечный (пельвиоректальный); 5 - позадипря-мокишечный (ретроректальный)

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта (фистулография)	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Острый парапроктит.

5.2. Хронический парапроктит.

5.3. Клиническая картина заболевания, особенности течения в зависимости от вида парапроктита.

5.4. Инструментальные исследования (рентгенография, УЗИ).

5.5. Консервативное лечение.

5.6. Показания к хирургическому лечению, принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов, способствующих развитию парапроктита (запоры, поносы, травмирование слизистой оболочки прямой кишки и заднего прохода инородными телами, мацерация кожи промежности, воспаление слизистой оболочки прямой кишки на фоне энтеровирусной инфекции, дивертикулы прямой кишки, глистная инвазия, операции на промежности и органах малого таза).

6.2. Оценка состояния больного.

6.3. Оценка местных патологических изменений в области промежности:

- визуально - припухлость и гиперемия кожи над ней;
- сглаженность кожных складок, идущих от заднего прохода, несколько приплюснутая форма ануса;
- при пальпации - болезненный инфильтрат, флюктуация;

• наличие свищей: полные параректальные свищи, при которых имеется наружное отверстие на коже и внутреннее - на слизистой оболочке; наружные свищи, открывающиеся только на коже в области анального отверстия; внутренние свищи, открывающиеся в просвет прямой кишки или анального канала.

6.4. Клинический анализ крови (лейкоцитоз, ускорение СОЭ).

6.5. Рентгенография (фистулография) таза в двух стандартных проекциях (наличие свища).

6.6. УЗИ: уплотнение мягких тканей в области интереса, визуализация свищевого хода.

6.7. Консервативное лечение острого парапроктита проводят только на ранних стадиях заболевания, при начинающейся инфильтрации

тканей: теплые микроклизмы, внутримышечно антибиотики широкого спектра действия, лазеротерапия.

6.8. Основной и единственно правильный метод при остром пара-проктите - хирургический (вскрытие гнойника). При хроническом пара-проктите основной метод лечения также хирургический.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм (фистулограмм), сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Срочная хирургия детей. - СПб.: Питер, 1997.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 9

Родители отмечают, что их ребенок 2 лет без видимой причины стал беспокойным, у него ухудшился аппетит, температура тела повысилась до 38-39 °С, отмечены резкие боли при дефекации. При осмотре промежности на ограниченном участке кожи около анального отверстия обнаружены гиперемия и уплотнение с размягчением в центре.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 10

Мальчик 14 лет предъявляет жалобы на свищевое отверстие, расположенное в анальной области, из которого периодически выделяется гной или кал. Также ребенок указывает на то, что испытывает неприятные ощущения при ходьбе в области промежности. При осмотре промежности на небольшом расстоянии от анального отверстия обнаружено свищевое отверстие, окруженное венчиком мацерированной кожи.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

ТЕМА «ПОСТИНЪЕКЦИОННЫЕ АБСЦЕССЫ. ПИОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА»

1. Информация по теме

Абсцесс - ограниченное скопление гноя в различных тканях и органах. *Постинъекционный абсцесс* - гнойник, возникший после инъекции лекарственных веществ.

Пиогенная гранулема - изъязвленное образование, выступающее над поверхностью кожи.

Постинъекционный абсцесс. Возникновение этого гнойника связывают с недостаточной стерилизацией (стерильностью) шприцев, игл и рук медицинского персонала («шприцевая болезнь») или же с оставлением в мягких тканях инородного тела (отломок инъекционной иглы). Иногда введение в ткани концентрированных растворов лекарственных препаратов может сопровождаться асептическим некрозом с последующим формированием абсцесса.

Пиогенная гранулема представляет собой реактивное сосудистое новообразование кожи, связанное с поверхностной травмой, локальной инфекцией и пролиферацией капилляров. Этиология неизвестна. В качестве предрасполагающих факторов выделяют травматизацию, ожоги, гормональные перестройки, среди инфекционных агентов - *Bartonella*. Зрелые гранулемы практически всегда подвергаются изъязвлению и кровоточат вследствие присоединения вторичной инфекции.

Своевременное установление диагноза, проведение комплекса адекватных лечебных и организационных мероприятий определяют благоприятный исход данных заболеваний у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики постинъекционных абсцессов и пи-огенной гранулемы у детей, формулирование правильного диагноза, назначение адекватной терапии и своевременное направление больных в специализированный стационар.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину постинъекционного абсцесса.	1. Правильно собирать анамнезы развития заболеваний и уметь их интерпретировать.
2. Клиническую картину пиогенной гранулемы.	2. Выявлять клинические и сонографи-ческие (УЗИ) признаки постинъекционного абсцесса.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии.	3. Выявлять клинические признаки пи-огенной гранулемы.
4. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой.	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
5. Общие принципы терапии на догоспитальном этапе.	
6. Общие принципы оперативного лечения	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Постинъекционный абсцесс.

5.2. Пиогенная гранулема.

5.3. Клиническая картина постинъекционного абсцесса.

5.5. Клиническая картина пиогенной гранулемы.

5.6. Особенности хирургического лечения с учетом характера заболеваний.

6. Ориентировочные основы действия



Рис. 2. Сонографическая картина абсцесса

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов (накануне инъекции лекарственных веществ), способствующих развитию постинъекционного абсцесса. Наличие в анамнезе травматизации или ожогов кожи в случаях пиогенной гранулемы.

6.2. Оценка состояния больного.

6.3. Оценка местных патологических изменений при *постинъекционном абсцессе*:

- характерная локализация (подлопаточная область, ягодицы, наружная поверхность плеча);
- феномен зыбления (флюктуации) при пальпации патологического очага.

6.4. Оценка местных патологических изменений при *пиогенной гранулеме*:

- солитарная мягкая или плотноэластическая;
- безболезненная красного цвета папула или узелок диаметром 0,5-2 см темно-красного цвета;
- поверхность гладкая или дольчатая, склонная к кровоточивости и изъязвлению;
- основание окружено валиком отслоенного эпителия.

6.5. УЗИ: гнойное содержимое абсцесса имеет среднюю или повышенную эхогенность (рис. 2).

6.6. Лечение хирургическое:

- вскрытие абсцесса и дренирование;
- удаление пиогенной гранулемы с тщательным иссечением ее основания с последующим гистологическим исследованием.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм (фистулограмм), соно-грамм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 11

Подросток 14 лет жалуется на болезненную опухоль в области правой ягодицы. В предшествующие несколько дней по назначению врача получал инъекции лекарственных средств в данную область. Объективно: в правой ягодичной области определяются точечные раны, покрытые корочками. Там же ограниченная припухлость, выраженная гиперемия кожи, местная температура повышена. При пальпации припухлость резко болезненна. Феномен зыбления (флюктуации) сомнительный.

Поставить клинический диагноз. Определить метод лечения.

Задача № 12

У ребенка 6 лет на месте вросшего ногтя I пальца левой стопы имеется одиночная папула мягкой консистенции темно-красного цвета размерами 5х6 мм. Папула покрыта корочками. При попытке удаления корочек папула кровоточит. По периферии папулы определяется отек мягких тканей пальца.

ТЕМА «ВРОСШИЙ НОГОТЬ»

1. Информация по теме

Вросший ноготь - гнойно-воспалительное заболевание, обусловленное врастанием медиального, латерального или обоих краев ногтевой пластины вглубь мягких тканей дистальной фаланги пальца.

В основном процесс локализуется на ногтевых фалангах первых пальцев стоп, как исключение - на пальцах рук. Посттравматический вросший ноготь (тесная обувь, ушиб и деформация ногтевой пластины, неправильная гигиена ногтя при стрижке, педикюре) встречается в 98% случаев; врожденный - порок развития ногтевой пластины, заключающийся в нарушении ее конфигурации (полуовальная форма) с ростом обоих краев ногтя в подошвенном направлении, - в 2% наблюдений. Следует отметить, что в 42% случаев воспаление не ограничивается только ногтевыми валиками, а распространяется на все мягкие ткани ногтевой фаланги, причиняя сильную боль при ходьбе.

Своевременное установление диагноза и проведение адекватного комплекса лечебных мероприятий предупреждает развитие тяжелых осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики гнойных воспалительных заболеваний пальцев стопы и кисти, формулирование правильного диагноза, назначение адекватной терапии, своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину вросшего ногтя.	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать.

Окончание табл.

Знать	Уметь
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки вросшего ногтя.
3. Общие принципы оперативного лечения	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
------	------------	----------

Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
---	--	--

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Вросший ноготь.

5.2. Клиническая картина заболевания.

5.3. Принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов, способствующих развитию (ношение тесной обуви, травмы пальцев).

6.2. Оценка состояния больного, наличие болевого синдрома.

6.3. Оценка местных патологических изменений области пораженного пальца (рис. 3, см. цв. вклейку):

- утолщение ногтевых валиков;
- избыточное образование грануляционной ткани («дикое мясо»), наползающей к центру ногтевой пластины;
- серозно-гнойное отделяемое с неприятным запахом.

6.4. Оперативное лечение - иссечение отекающего ногтевого валика с грануляциями.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. *Лёнюшкин А. И.* Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 13

Ребенок 12 лет жалуется на неприятные ощущения и боль при ходьбе в области I пальца левой стопы. При осмотре стопы определяется умеренная припухлость мягких тканей наружного края ногтевого ложа большого пальца. Там же - разрастание грануляций, прикрывающих край ногтя. Активные и пассивные движения пальца болезненны. Давление на ногтевую пластину умеренно болезненно, при этом из-под грануляций в скудном количестве выделяется серозно-гнойное отделяемое, имеющее неприятный запах.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

1. Информация по теме

Инородные тела мягких тканей бывают первичными (занозы - кусочки дерева, осколки стекла, мелкие фрагменты проволоки, грифель карандаша, швейные иглы, рыболовные крючки и др.) (рис. 4, см. цв. вклейку) и вторичными - инородные тела, разбросанные силой взрыва (рис. 5). В детском возрасте чаще наблюдаются первые.



Рис. 5. Множественные металлические инородные тела нижней конечности, полученные ребенком в результате взрыва гранаты

Незамеченное и оставленное в тканях инородное тело, которое обычно инфицировано, становится очагом инфекции, и вокруг него образуется острый или хронический абсцесс. Небольшое инородное тело иногда инкапсулируется без образования абсцесса, однако опасность вспышки инфекции при нем остается.

Своевременное установление диагноза и удаление инородного тела предупреждают развитие гнойных осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики инородных тел мягких тканей у детей, формулирование правильного диагноза, определение адекватной тактики лечения и при необходимости своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину различных инородных тел мягких тканей у детей.	1. Правильно собирать анамнез для определения обстоятельств травмы и вида инородного тела мягких тканей.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки инородных тел мягких тканей у детей.
3. Общие принципы оперативного лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического и ультразвукового исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.
Анатомо-физиологические особенности детского возраста.	Пропедевтика детских болезней.	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
Рентгенологическое исследование костей и суставов	Рентгенология	3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Первичные инородные тела мягких тканей.

5.2. Вторичные инородные тела мягких тканей.

5.3. Клиническая картина и определение вида инородного тела.

5.4. Инструментальные методы исследования (рентгенография, УЗИ).

5.5. Принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств травмы и вида инородного тела мягких тканей.

6.2. Оценка местных патологических изменений мягких тканей в области инородного тела:

- при поверхностном расположении в мягких тканях инородное тело видно глазом и легко прощупывается;

- при глубоком расположении в мягких тканях на инородное тело в некоторых случаях указывают локальные уплотнения и болезненность в глубине мягких тканей при глубокой пальпации.

6.3. Рентгенография области нахождения инородного тела (при глубоком расположении) в двух стандартных проекциях.

6.4. УЗИ (особенно малоконтрастных и неконтрастных инородных тел) (рис. 6, 7).

6.5. Лечение:

- оперативное - удаление инородного тела (рис. 8);

- консервативный метод - способ Бердяева для снятия кольца с пальца (рис. 9). Берут длинную толстую (№ 5, 6) хирургиче-

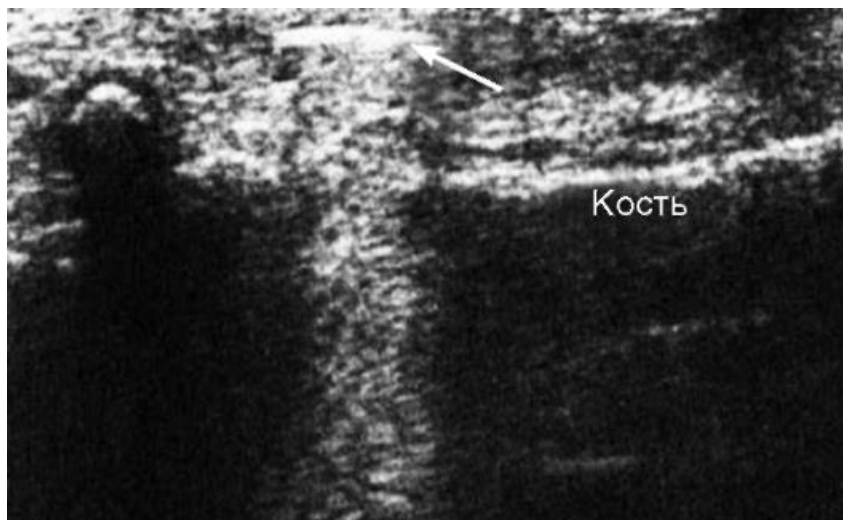


Рис. 6. Сонограмма: деревянное инородное тело (обозначено стрелкой) мягких тканей



Рис. 7. Сонограмма: металлическое инородное тело (обозначено стрелкой) мягких тканей

скую нить, ее короткий конец с помощью изогнутой хирургической иглы проводят под кольцо от периферии к центру. (Внимание: острый конец иглы предварительно должен быть обработан напильником - закруглен!) Длинный конец нити над кольцом наматывают на палец (от центра к периферии) таким образом, чтобы ходы нити плотно прилегали друг к другу, и фиксируют (завязывают) на ногтевой фаланге. Затем короткий конец нити натягивают перпендикулярно кольцу или перегибают через кольцо в сторону ногтевой фаланги, после чего вращательными движениями нить разматывают. При этом кольцо постепенно смещается к периферии и снимается. Бывает, что при большом отеке пальца за один прием снять кольцо не удастся. В таких случаях манипуляцию повторяют, пока кольцо не снимется.

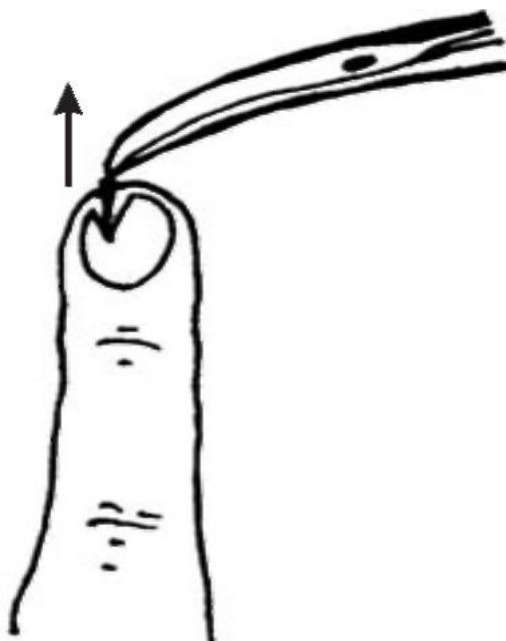


Рис. 8. Оперативное извлечение занозы из-под ногтя. Предварительно производят клиновидное иссечение ногтя (схема)

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм, сонограмм.

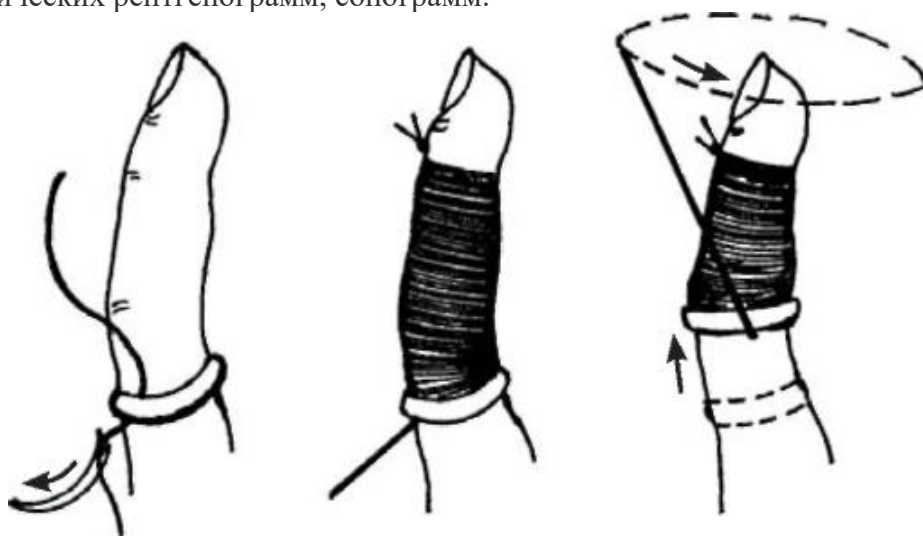


Рис. 9. Снятие кольца с пальца по способу Бердяева (схема)

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 14

Ребенок 5 лет предъявляет жалобы на боль в кончике II пальца правой кисти. Накануне уколол палец о кактус. Объективно: кончик II пальца припухший, болезненный, в центре припухлости видна темная точка. При пальпации в данном месте определяется локальное уплотнение мягких тканей (5x5 мм), умеренно болезненное. При давлении на точку ребенок отдергивает руку - больно!

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 15

Ребенок 15 лет жалуется на боль и неприятные ощущения в области левого коленного сустава. Накануне упал на улице на колени. На том месте, где упал, была рассыпана куча гравия. Объективно: умеренная припухлость мягких тканей и ограниченная гиперемия кожи по передней поверхности правого коленного сустава. У нижнего полюса надколенника имеется рана с неровными краями размером 1,5-2-1 см со следами йодной настойки по периферии. Из раны отделяемого нет. Пальпация в данном месте умеренно болезненна, пальпаторно инородное тело не определяется. Движения в коленном суставе ограничены, болезненны. УЗИ коленного сустава: в проекции полости коленного сустава у нижнего полюса надколенника визуализируется инородное тело повышенной эхогенности с неровными контурами размером 1-0,5-0,3 см.

1. Информация по теме

Инородные тела мягких тканей бывают первичными (занозы - кусочки дерева, осколки стекла, мелкие фрагменты проволоки, грифель карандаша, швейные иглы, рыболовные крючки и др.) (рис. 4, см. цв. вклейку) и вторичными - инородные тела, разбросанные силой взрыва (рис. 5). В детском возрасте чаще наблюдаются первые.



Рис. 5. Множественные металлические инородные тела нижней конечности, полученные ребенком в результате взрыва гранаты

Незамеченное и оставленное в тканях инородное тело, которое обычно инфицировано, становится очагом инфекции, и вокруг него образуется острый или хронический абсцесс. Небольшое инородное тело иногда инкапсулируется без образования абсцесса, однако опасность вспышки инфекции при нем остается.

Своевременное установление диагноза и удаление инородного тела предупреждают развитие гнойных осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики инородных тел мягких тканей у детей, формулирование правильного диагноза, определение адекватной

тактики лечения и при необходимости своевременное направление в специализированное отделение.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину различных инородных тел мягких тканей у детей.	1. Правильно собирать анамнез для определения обстоятельств травмы и вида инородного тела мягких тканей.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки инородных тел мягких тканей у детей.
3. Общие принципы оперативного лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического и ультразвукового исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.
Анатомо-физиологические особенности детского возраста.	Пропедевтика детских болезней.	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
Рентгенологическое исследование костей и суставов	Рентгенология	3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Первичные инородные тела мягких тканей.

5.2. Вторичные инородные тела мягких тканей.

5.3. Клиническая картина и определение вида инородного тела.

5.4. Инструментальные методы исследования (рентгенография, УЗИ).

5.5. Принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств травмы и вида инородного тела мягких тканей.

6.2. Оценка местных патологических изменений мягких тканей в области инородного тела:

- при поверхностном расположении в мягких тканях инородное тело видно глазом и легко прощупывается;

- при глубоком расположении в мягких тканях на инородное тело в некоторых случаях указывают локальные уплотнения и болезненность в глубине мягких тканей при глубокой пальпации.

6.3. Рентгенография области нахождения инородного тела (при глубоком расположении) в двух стандартных проекциях.

6.4. УЗИ (особенно малоконтрастных и неконтрастных инородных тел) (рис. 6, 7).

6.5. Лечение:

- оперативное - удаление инородного тела (рис. 8);
- консервативный метод - способ Бердяева для снятия кольца с пальца (рис. 9). Берут длинную толстую (№ 5, 6) хирургиче-

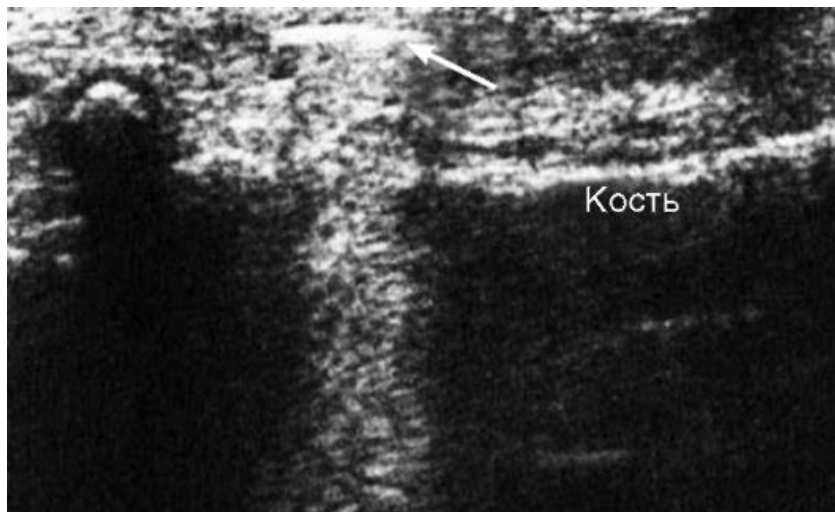


Рис. 6. Сонограмма: деревянное инородное тело (обозначено стрелкой) мягких тканей



Рис. 7. Сонограмма: металлическое инородное тело (обозначено стрелкой) мягких тканей

скую нить, ее короткий конец с помощью изогнутой хирургической иглы проводят под кольцо от периферии к центру. (Внимание: острый конец иглы предварительно должен быть обработан напильником - закруглен!) Длинный конец нити над кольцом наматывают на палец (от центра к периферии) таким образом, чтобы ходы нити плотно прилегали друг к другу, и фиксируют (завязывают) на ногтевой фаланге. Затем короткий конец нити натягивают перпендикулярно кольцу или перегибают через кольцо в сторону ногтевой фаланги, после чего вращательными движениями нить разматывают. При этом кольцо постепенно смещается к периферии и снимается. Бывает, что при большом отеке

пальца за один прием снять кольцо не удастся. В таких случаях манипуляцию повторяют, пока кольцо не снимется.

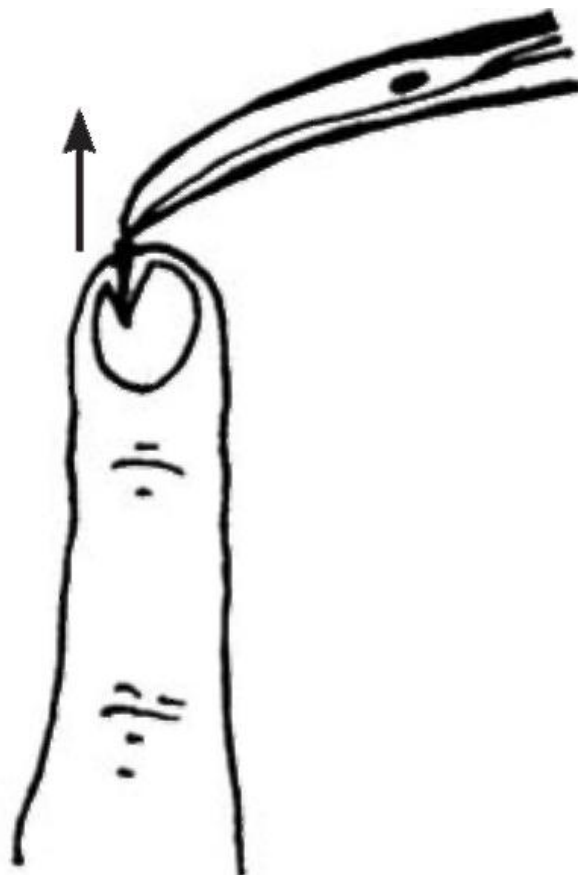


Рис. 8. Оперативное извлечение занозы из-под ногтя. Предварительно производят клиновидное иссечение ногтя (схема)

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм, сонограмм.

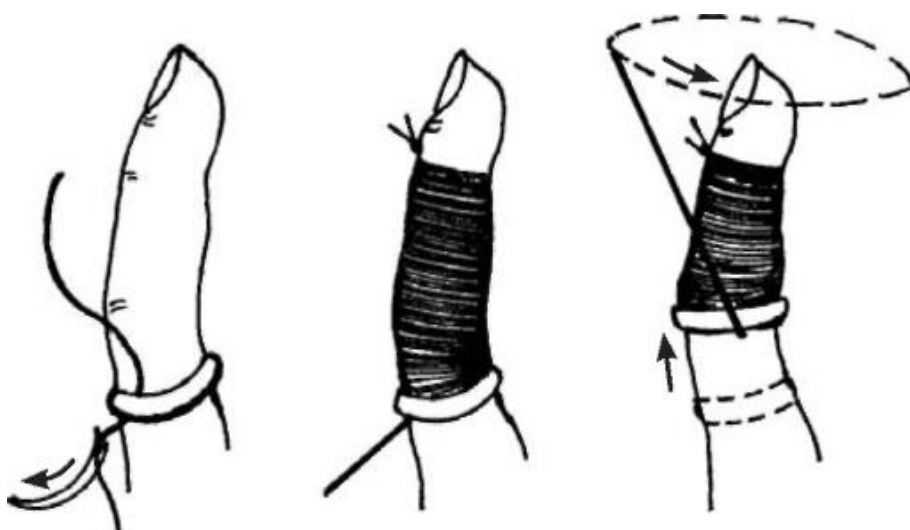


Рис. 9. Снятие кольца с пальца по способу Бердяева (схема)

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

2. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б. Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 14

Ребенок 5 лет предъявляет жалобы на боль в кончике II пальца правой кисти. Накануне уколол палец о кактус. Объективно: кончик II пальца припухший, болезненный, в центре припухлости видна темная точка. При пальпации в данном месте определяется локальное уплотнение мягких тканей (5x5 мм), умеренно болезненное. При давлении на точку ребенок отдергивает руку - больно!

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 15

Ребенок 15 лет жалуется на боль и неприятные ощущения в области левого коленного сустава. Накануне упал на улице на колени. На том месте, где упал, была рассыпана куча гравия. Объективно: умеренная припухлость мягких тканей и ограниченная гиперемия кожи по передней поверхности правого коленного сустава. У нижнего полюса надколенника имеется рана с неровными краями размером 1,5-2-1 см со следами йодной настойки по периферии. Из раны отделяемого нет. Пальпация в данном месте умеренно болезненна, пальпаторно инородное тело не определяется. Движения в коленном суставе ограничены, болезненны. УЗИ коленного сустава: в проекции полости коленного сустава у нижнего полюса надколенника визуализируется инородное тело повышенной эхогенности с неровными контурами размером 1-0,5-0,3 см.

ТЕМА «ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА»

1. Информация по теме

Известно стремление детей, особенно младшего возраста, брать в рот и глотать всякие попавшиеся им предметы. Это является весьма частой причиной обращения родителей к врачу. Инородное тело может локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (рис. 10, 11). Для врача-педиатра важно установить локализацию, характер ино-

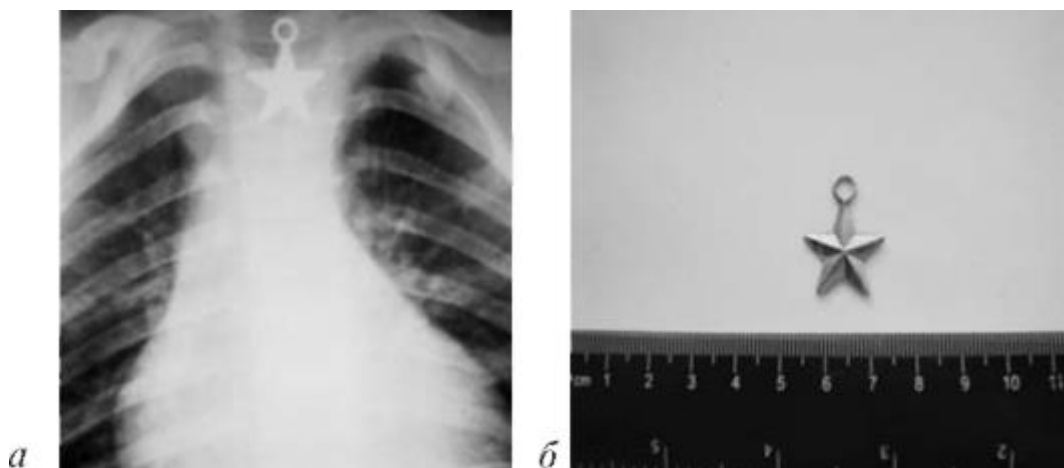


Рис. 10. Металлическое инородное тело пищевода: *а* - рентгенограмма грудной клетки в переднезадней проекции; *б* - внешний вид инородного тела, удаленного эндоскопическим методом

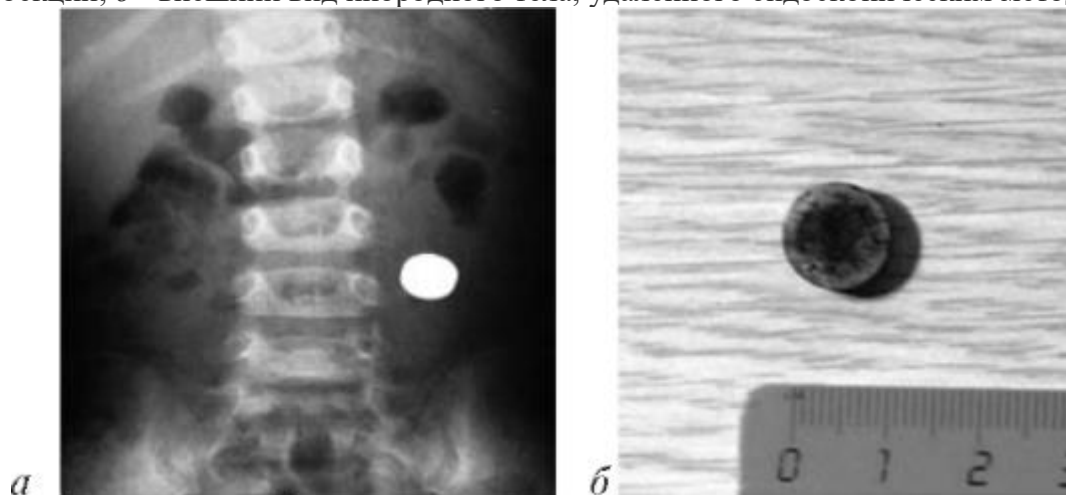


Рис. 11. Металлическое инородное тело (литиевая батарейка) желудка: *а* - рентгенограмма органов брюшной полости в переднезадней проекции; *б* - внешний вид инородного тела, удаленного эндоскопическим методом

родного тела, степень вредности его для здоровья ребенка и в зависимости от этого определить правильную тактику лечебной помощи.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики инородных тел пищевода, желудка и кишечника у детей, формулирование правильного диагноза, определение правильной лечебной тактики.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину инородных тел пищевода, желудка и кишечника.	1. Правильно собирать анамнез для определения обстоятельств заболевания и характера инородного тела.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки, картину инородных тел пищевода, желудка и кишечника.
3. Общие принципы оказания лечебной помощи	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б. Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Инородное тело пищевода.

5.2. Инородное тело желудка и кишечника.

5.3. Клиническая картина и определение характера инородного тела пищевода.

5.4. Клиническая картина и определение характера инородного тела желудка и кишечника.

5.5. Инструментальные методы исследования (рентгенография, эзофагоскопия, фиброгастродуоденоскопия).

5.6. Принципы оказания лечебной помощи.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств заболевания и характера инородного тела желудочно-кишечного тракта.

6.2. Оценка основных клинических признаков инородного тела ЖКТ:

- *при инородном теле в пищеводе* - внезапное расстройство глотания, боли в груди, рвотные движения, слюнотечение;

- *при инородном теле в желудке и кишечнике* - боли в животе с учетом факта проглоченного предмета;

- *при инородном теле в прямой кишке* - запор, болезненный акт дефекации, иногда кровотечения из анального отверстия.

6.3. Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости в двух стандартных проекциях.

6.4. Фиброгастродуоденоскопия: непосредственная визуализация инородного тела ЖКТ.

6.5. Лечение:

- больной с инородным телом пищевода подлежит немедленной госпитализации;

- больных с инородными телами желудка и кишечника при отсутствии жалоб наблюдают в амбулаторных условиях, устанавливают рентгенологический контроль, слабительные противопоказаны.

В сомнительных случаях ребенка лучше госпитализировать.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Баиров Г. А.* Срочная хирургия детей. - СПб.: Питер, 1997.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. *Лёнюшкин А. И.* Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 16

Ребенок 3 лет во время игры с большим количеством игрушек вдруг стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребенок после этого стал жаловаться на боль в груди (показывает рукой). Осмотр ребенка врачом: отмечается незначительное слюнотечение, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Задача № 17

Больной 13 лет предъявляет жалобы на болезненный акт дефекации, запор. При опросе ребенка установлено, что накануне он баловался со сверстниками - плевались друг в друга нагрудными значками (изображали ниндзя). Факт проглатывания значка ни отвергнуть, ни подтвердить уверенно не может. Однако отмечает, что во время баловства испытал чувство «комка в горле», но не обратил на это внимание. Объективно: состояние удовлетворительное, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Осмотрен *per rectum*: ощущение наличия твердого инородного тела с острыми краями, подвижка которого вызывает у больного умеренно болезненные ощущения.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «КЕФАЛОГЕМАТОМА»

1. Информация по теме

Кефалогематома - единичное, реже множественное кровоизлияние под надкостницу костей свода черепа новорожденного, возникающее во время родов, чаще при применении инструментальных пособий. Излившаяся под надкостницу кровь, как правило, рассасывается в сроки до 2-3 нед после рождения. Однако обширные кефалогематомы могут стать причиной анемии и/или гипербилирубинемии. В некоторых случаях происходит инфицирование гематомы, при этом отмечаются покраснение кожи, болезненность при пальпации, увеличение размеров гематомы. Установление правильного диагноза и проведение адекватного лечения предупреждают развитие воспаления кефалогематомы.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики кефалогематомы у новорожденных, формулирование правильного диагноза, проведение адекватной терапии.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину кефалогематомы.	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки кефалогематомы у новорожденного ребенка.
3. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой.	3. Интерпретировать данные рентгенологического и ультразвукового исследования.
4. Общие принципы лечебной помощи при данной патологии	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. — М.: Медицина, 1989.
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней.	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
Рентгенологическое исследование костей и суставов	Рентгенология	3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. — М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Кефалогематома.

5.2. Клиническая картина заболевания.

5.3. Инструментальные (рентгенография, УЗИ) исследования.

5.4. Лечение.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов (применение инструментальных пособий в родах), способствующих возникновению кефалогематомы.

6.2. Оценка состояния новорожденного.

6.3. Оценка местных патологических изменений:

- наличие в области одной из теменных костей тестоватой зыблущейся припухлости, не переходящей за пределы одной кости свода черепа;
- при ощупывании опухоли - флюктуация, у основания - окружающий ее плотный вал, кожа в данной области не изменена.

6.4. Рентгенография: повреждений костей свода черепа не выявляется.

6.5. УЗИ: локализация и объем гематомы.

6.6. Лечение: пункция гематомы толстой иглой.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм, сонограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Баиров Г. А.* Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. *Васильев А. Ю., Ольхова Е. Б.* Ультразвуковая диагностика в детской практике. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 18

У новорожденного в области правой теменной кости обнаружена припухлость мягких тканей. Кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно «опухоль» тестоватой консистенции, у основания «опухоли» прощупывается окружающий ее плотный вал. Инструментальных пособий в родах в данном случае не проводилось.

Поставить клинический диагноз. С каким заболеванием целесообразно провести дифференциальную диагностику?

Задача № 19

У новорожденного в теменной области обнаружена припухлость мягких тканей. Кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно «опухоль» тестоватой консистенции, пульсирует. В данном клиническом случае в родах проводилось инструментальное пособие.

Поставить клинический диагноз. С каким заболеванием целесообразно провести дифференциальную диагностику?

ТЕМА «ВЫВИХ I ПАЛЬЦА КИСТИ»

1. Информация по теме

Вывихи пальцев кисти встречаются у детей редко, при этом чаще всего вывихивается I палец в пястно-фаланговом суставе. Вывих происходит в результате чрезмерного переразгибания пальца - на ладонной поверхности разрываются боковые метакарпальные связки и суставная сумка, сухожилие длинного сгибателя может соскользнуть в локтевую сторону и ущемиться между головкой пястной кости и основной фалангой пальца. При неполном вывихе отмечается пассивная пружинистая подвижность, при полном - активные и пассивные движения пальца отсутствуют.

Следует подчеркнуть, что при неуспешной попытке вправления вывиха больной подлежит госпитализации для оперативного лечения.

Своевременное установление диагноза и вправление вывиха предупреждают развитие осложнений и деформаций I пальца кисти.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики вывиха I пальца кисти, формулирование правильного диагноза, освоение навыков закрытого вправления вывиха. В случае неуспешной попытки закрытого вправления вывиха показано оперативное лечение в условиях специализированного детского отделения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину вывиха I пальца кисти.	1. Правильно собирать анамнез и уметь его интерпретировать.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки вывиха I пальца кисти.
3. Технику закрытого вправления вывиха пальца кисти	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования. 4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Вывих I пальца кисти в пястно-фаланговом суставе.

5.2. Клиническая картина заболевания.

5.3. Инструментальные исследования - рентгенография.

5.4. Лечение: техника закрытого вправления вывиха I пальца кисти, показания к открытой репозиции вывиха.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств травмы, способствующих вывиху I пальца.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- при *неполном вывихе* основная фаланга расположена под тупым углом к пястной кости, ногтевая фаланга фиксирована в положении сгибания также под тупым углом;
- при *полном неосложненном вывихе* основная фаланга стоит под прямым углом к пястной кости, а ногтевая - согнута под тупым углом;
- *полный вывих с ущемлением сухожилия длинного сгибателя* - палец кажется выпрямленным, но утолщенным и укороченным;
- при *полном вывихе* активные движения отсутствуют, пассивные - резко ограничены.

6.3. Рентгенография I пальца кисти (всей кисти) в двух стандартных проекциях: нарушение пространственного соотношения пястной кости и основной фаланги I пальца в пястно-фаланговом суставе (рис. 12), деформация РСЦ.

6.4. Лечение: закрытое вправление вывиха производят под общим обезболиванием. При интерпозиции сухожилия длинного сгибателя и неудаче закрытого вправления показано оперативное лечение.

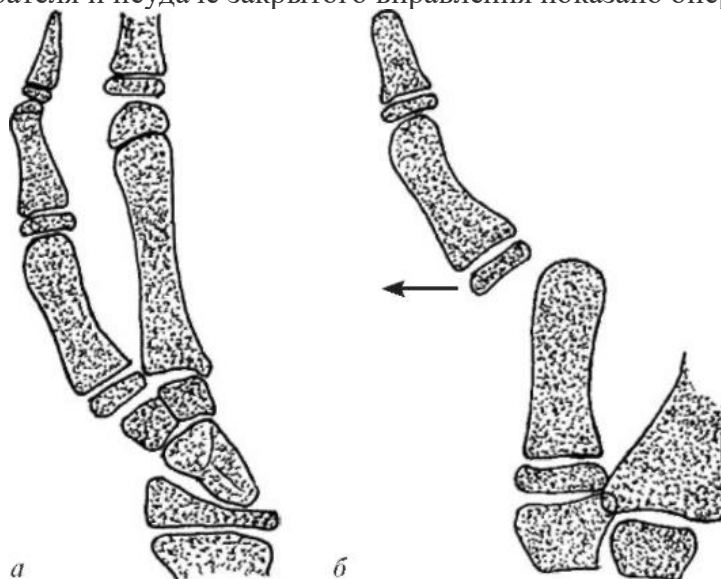


Рис. 12. Рентгенографические схемы I пальца здоровой и травмированной кисти: а - нормальное соотношение пястной кости и основной фаланги в пястно-фаланговом суставе; б - полный вывих I пальца в пястно-фаланговом суставе

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 20

Подросток 15 лет упал на улице с опорой на I палец правой кисти. После падения появилась видимая на глаз деформация пальца, стала беспокоить умеренная боль в нем. Объективно: основная фаланга I пальца расположена под прямым углом к пястной кости, а ногтевая - согнута под тупым углом. Активные движения в пальце отсутствуют, пассивные - ограничены и резко болезненны. Проведено рентгенологическое исследование кисти: основная фаланга I пальца значительно смещена относительно пястной кости.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 21

Ребенок 10 лет во время игры в футбол получил удар мячом по I пальцу левой кисти. Было очень больно. После этого не смог двигать пальцем, сам палец стал «уродливым». Родители мальчика обратились за помощью к детскому хирургу поликлиники. Ребенок осмотрен врачом: I палец левой кисти утолщен и укорочен, хотя визуально сохраняет линейную направленность. На ладонной и тыльной сторонах пальца определяются уступообразные выступы, пальпаторно соответствующие головке пястной кости и основанию основной фаланги. Активные движения пальца отсутствуют, пассивные - резко ограничены и очень болезненны. Рентгенологическое исследование кисти: основная фаланга I пальца полностью смещена относительно пястной кости.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ПОДВЫВИХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ»

. Информация по теме

Подвывих головки луча - одно из самых частых повреждений области локтевого сустава в раннем детском возрасте (рис. 13).



Рис. 13. Типичные механизмы развития подвывиха головки лучевой кости у детей: а - на прогулке; б - при одевании

Своевременное установление диагноза и вправление подвывиха головки лучевой кости предупреждают развитие осложнений.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики подвывиха головки лучевой кости, формулирование правильного диагноза, выбор правильной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину подвывиха головки лучевой кости. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза. 3. Дифференциальную диагностику с заболеваниями, обладающими сходной симптоматикой (перелом ключицы, ушиб верхней конечности, перелом плеча или предплечья). 4. Технику вправления подвывиха	1. Правильно собирать анамнез развития заболевания и уметь его интерпретировать. 2. Выявлять клинические признаки подвывиха головки лучевой кости. 3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования. 4. Вправлять подвывих головки лучевой кости

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Подвывих головки лучевой кости.

5.2. Клиническая картина заболевания.

5.3. Дифференциальный диагноз.

5.4. Рентгенографическое исследование.

5.5. Лечение - закрытое вправление подвывиха.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение неблагоприятных факторов, способствующих подвывиху головки лучевой кости (ребенок подвергся резкому вытяжению за кисть).

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- вынужденное положение травмированной конечности - предплечье слегка согнуто в локтевом суставе, пронировано, рука свисает вдоль туловища;

- активные движения в локтевом суставе отсутствуют.

6.3. Сравнительная рентгенография локтевых суставов травмированной и здоровой сторон: расширение РСЩ между головкой луча и головчатый возвышением травмированной стороны.

6.4. Лечение: закрытое вправление подвывиха головки луча.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 22

Ребенок 2,5 года на улице споткнулся, упал. Чтобы удержать ребенка, мама резко дернула его за левую руку кверху. После этого у ребенка левая рука перестала двигаться («повисла», как говорит мама). Объективно: левая рука ребенка находится в вынужденном положении, активных движений в локтевом суставе нет. Попытка пассивного сгибания-разгибания в локтевом суставе у ребенка беспокойства не вызывает, однако супинация предплечья резко болезненна. Пальпация локтевого сустава: умеренная болезненность в области головки лучевой кости.

Поставить клинический диагноз. Определить лечебную тактику.

ТЕМА «ПОДНАДКОСТНИЧНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ГОЛЕНИ»

1. Информация по теме

Надлом (перелом по типу «зеленой ветки», или «ивового прута») - кость слегка согнута, по выпуклой стороне определяют разрыв кортикального слоя, а по вогнутой сохраняется нормальная структура.

Поднадкостничный перелом возникает под воздействием травмирующего фактора по оси кости и характеризуется отсутствием смещения отломков или их минимальным смещением. Целостность надкостницы при этом не нарушается.

Данные виды переломов у детей чаще всего возникают на предплечье и голени.

Правильно установленный диагноз и адекватная лечебная помощь предупреждают развитие осложнений у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики поднадкостничных переломов у детей, формулирование правильного диагноза, назначение адекватного лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину поднадкостничных переломов у детей.	1. Правильно собирать анамнез с уточнением обстоятельств и характера травмы.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки поднадкостничного перелома у детей.
3. Общие принципы лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Надлом кости у детей.

5.2. Поднадкостничный перелом у детей.

5.3. Особенности клинической картины данных повреждений у детей.

5.4. Рентгенографическое исследование.

5.5. Лечение данных видов переломов у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств и характера травмы.

6.2. Оценка местных патологических изменений травмированного сегмента конечности:

- травматическая припухлость на ограниченном участке;

- легкая болезненность при пальпации в области припухлости;
- незначительная деформация конечности или отсутствие таковой;
- ограниченное пользование конечностью.

6.3. Рентгенографическое исследование травмированного сегмента конечностей (рис. 14, 15).

6.4. Лечение: травмированную конечность фиксируют гипсовой повязкой в среднем физиологическом положении с охватом двух третей окружности конечности и фиксацией двух соседних суставов.

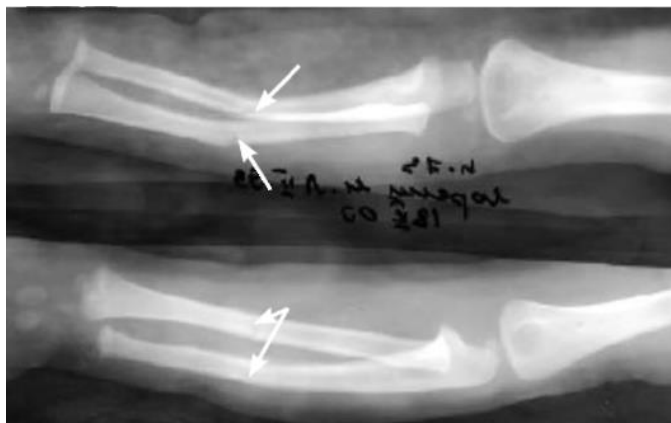


Рис. 14. Рентгенограмма предплечья: перелом (надлом) по типу «зеленой ветки» обеих костей предплечья (обозначено стрелками)



Рис. 15. Рентгенограмма нижнего отдела предплечья в прямой (а) и боковой (б) проекциях: поднадкостничный перелом лучевой кости (обозначено тонкими стрелками) - нарушение целостности кортикального слоя; ступенькообразная деформация лучевой кости (обозначено жирной стрелкой) - симптом «ступеньки»

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.
2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.
3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 23

Ребенок 6 лет упал на улице с опорой на кисть. После падения предъявляет жалобы на боль в дистальном отделе предплечья. Объективно: видимой деформации верхней конечности, в частности предплечья, нет. Движения в травмированной руке сохранены, однако менее активны, чем в здоровой верхней конечности. Движения в лучезапястном суставе - практически в полном объеме, болезненны в крайних позициях. В нижней трети предплечья имеется припухлость мягких тканей, умеренно болезненная при пальпации. Рентгенография нижней трети предплечья с захватом лучезапястного сустава: оси лучевой и локтевой костей не нарушены, по тыльной поверхности лучевой кости в области дистального метафиза определяется ступенеобразная деформация кортикального слоя.

1. Информация по теме

Надлом (перелом по типу «зеленой ветки», или «ивового прута») - кость слегка согнута, по выпуклой стороне определяют разрыв кортикального слоя, а по вогнутой сохраняется нормальная структура.

Поднадкостничный перелом возникает под воздействием травмирующего фактора по оси кости и характеризуется отсутствием смещения отломков или их минимальным смещением. Целостность надкостницы при этом не нарушается.

Данные виды переломов у детей чаще всего возникают на предплечье и голени.

Правильно установленный диагноз и адекватная лечебная помощь предупреждают развитие осложнений у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики поднадкостничных переломов у детей, формулирование правильного диагноза, назначение адекватного лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину поднадкостничных переломов у детей.	1. Правильно собирать анамнез с уточнением обстоятельств и характера травмы.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки поднадкостничного перелома у детей.
3. Общие принципы лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф.

возраста. Анатомо-физиологи-ческие особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984
---	--	---

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Надлом кости у детей.

5.2. Поднадкостничный перелом у детей.

5.3. Особенности клинической картины данных повреждений у детей.

5.4. Рентгенографическое исследование.

5.5. Лечение данных видов переломов у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств и характера травмы.

6.2. Оценка местных патологических изменений травмированного сегмента конечности:

- травматическая припухлость на ограниченном участке;
- легкая болезненность при пальпации в области припухлости;
- незначительная деформация конечности или отсутствие таковой;
- ограниченное пользование конечностью.

6.3. Рентгенографическое исследование травмированного сегмента конечностей (рис. 14, 15).

6.4. Лечение: травмированную конечность фиксируют гипсовой повязкой в среднем физиологическом положении с охватом двух третей окружности конечности и фиксацией двух соседних суставов.

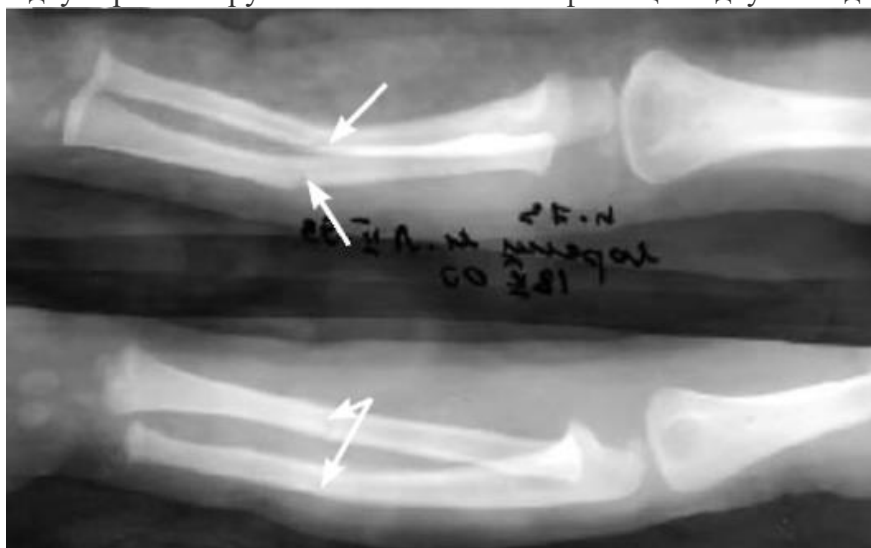


Рис. 14. Рентгенограмма предплечья: перелом (надлом) по типу «зеленой ветки» обеих костей предплечья (обозначено стрелками)



Рис. 15. Рентгенограмма нижнего отдела предплечья в прямой (а) и боковой (б) проекциях: поднадкостничный перелом лучевой кости (обозначено тонкими стрелками) - нарушение целостности кортикального слоя; ступенькообразная деформация лучевой кости (обозначено жирной стрелкой) - симптом «ступеньки»

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 23

Ребенок 6 лет упал на улице с опорой на кисть. После падения предъявляет жалобы на боль в дистальном отделе предплечья. Объективно: видимой деформации верхней конечности, в частности предплечья, нет. Движения в травмированной руке сохранены, однако менее активны, чем в здоровой верхней конечности. Движения в лучезапястном суставе - практически в полном объеме, болезненны в крайних позициях. В нижней трети предплечья имеется припухлость мягких тканей, умеренно болезненная при пальпации. Рентгенография нижней трети предплечья с захватом лучезапястного сустава: оси лучевой и локтевой костей не нарушены, по тыльной поверхности лучевой кости в области дистального метафиза определяется ступенеобразная деформация кортикального слоя.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ЭПИФИЗЕОЛИЗ. ОСТЕОЭПИФИЗЕОЛИЗ»

1. Информация по теме

Эпифизеолиз - травматический отрыв и смещение эпифиза по отношению к метафизу.

Остеоэпифизеолиз - травматический отрыв и смещение эпифиза с частью метафиза по линии эпифизарного росткового хряща.

Данные виды переломов встречаются только у детей и подростков до завершения процесса окостенения. Правильно установленный диагноз и адекватная лечебная помощь предупреждают развитие осложнений у детей (укорочение конечности, деформация суставов).

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики эпифизеолиза и остеоэпифизеолиза у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину эпифизеолиза и остеоэпифизеолиза у детей.	1. Правильно собирать анамнез с уточнением обстоятельств и характера травмы.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки эпифизеолиза и остеоэпифизеолиза у детей.
3. Общие принципы лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	2. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Эпифизеолиз у детей.

5.2. Остеоэпифизеолиз у детей.

5.3. Особенности клинической картины данных повреждений у детей.

5.4. Рентгенографическое исследование.

5.5. Лечение данных видов переломов у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств и характера травмы.

6.2. Оценка местных патологических изменений травмированного сегмента конечности:

- травматическая припухлость на ограниченном участке;
- легкая болезненность при пальпации в области припухлости;
- незначительная деформация конечности или отсутствие таковой;
- ограниченное пользование конечностью.

6.3. Рентгенографическое исследование травмированного сегмента конечностей (рис. 16, 17).

6.4. Лечение: травмированную конечность после репозиции перелома фиксируют гипсовой повязкой в среднефизиологическом положении с охватом двух третей окружности конечности и фиксацией двух соседних суставов.



Рис. 16. Рентгенограмма нижнего отдела предплечья в боковой (а) и прямой (б) проекциях: остеоэпифизолиз дистального конца лучевой кости (обозначен стрелками)



Рис. 17. Рентгенограмма нижнего отдела голени в прямой (а) и боковой (б) проекциях: остеоэпифизолиз дистального конца большеберцовой кости (обозначен стрелками)

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача Задача № 24

Ребенок 8 лет упал с горки, подвернув под себя ногу. После падения предъявляет жалобы на сильную боль в области голеностопного сустава. Объективно: умеренная деформация нижней трети голени и отек области голеностопного сустава. При активных и пассивных движениях пальцев стопы отмечается резкая болезненность. Движения в голеностопном суставе значительно ограничены из-за болей. На сравнительных рентгенограммах нижних третей голени с захватом голеностопных суставов на стороне повреждения определяется расширение зоны росткового хряща и незначительное (на 1/8 поперечника) смещение дистального эпифиза большеберцовой кости кнаружи, малоберцовая кость без изменений.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОПЧИКА»

1. Информация по теме

У детей старше 10 лет переломы и вывихи копчика являются, как правило, следствием прямого удара. В некоторых случаях осложнением данной травмы является болевой синдром (кокцигодия). Правильно установленный диагноз и адекватная лечебная помощь при переломе копчика предупреждают развитие посттравматических осложнений у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики перелома/вывиха копчика у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину перелома/вывиха копчика у детей.	1. Правильно собирать анамнез с уточнением обстоятельств и характера травмы.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	2. Выявлять клинические признаки перелома/вывиха копчика у детей.
3. Общие принципы лечения	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
	4. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.

Окончание табл.

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста.	Пропедевтика детских болезней.	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
Рентгенологическое исследование костей и суставов	Рентгенология	3. Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б. Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Перелом/вывих копчика у детей.

5.2. Клиническая картина данных повреждений у детей.

5.3. Рентгенографическое исследование.

5.4. Лечение перелома/вывиха копчика у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств и характера травмы (пинок, падение на ягодицы с горки, во время катания на коньках, во время тренировки с гимнастического снаряда и т. п.).

6.2. Оценка местных патологических изменений в области травмированного копчика:

- травматическая припухлость на ограниченном участке;
- болезненность при пальпации в области копчика;
- резкая боль при сидении.

6.3. Рентгенографическое исследование травмированного сегмента позвоночного столба (рис. 18).

6.4. Лечение: постельный режим в положении на животе в течение двух недель; при кокцигодии - оперативное лечение (удаление копчика).

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

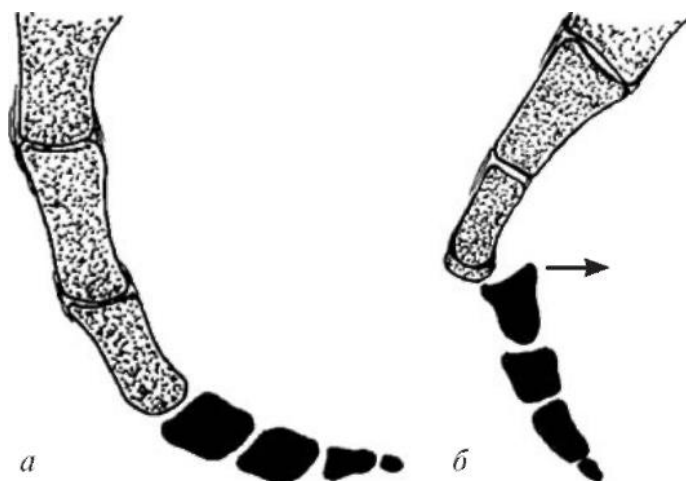


Рис. 18. Рентгенографические схемы: *а* - нормальные соотношения в крестцово-копчиковом сочленении и копчиковых позвонках (выделены темным цветом); *б* - перелом копчика (выделен темным цветом) со смещением под углом кпереди

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.
2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 25

Девочка 11 лет упала с ледяной горки на ягодицы, в момент травмы отмечена сильная боль в области копчика. В последующем стала предъявлять жалобы на умеренные боли в копчике, усиливающиеся при сидении. Объективно: в области копчика определяется ограниченная припухлость, болезненная при пальпации. Кожа над припухлостью не изменена. При попытке сесть на стул девочка сразу же встает из-за усиления боли в области копчика. Рентгенография копчика: определяется нарушение соотношения в крестцово-копчиковом сочленении с умеренным смещением копчика кпереди, костная структура крестца и копчика не изменена.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ГЕМАРТРОЗ. СИНОВИТ»

1. Информация по теме

Гемартроз - накопление крови в полости сустава. В большинстве случаев (40-60%) гемартроз выявляется у детей с травмой коленного сустава. Следует отметить, что гемартроз - это унифицированный симптом внутрисуставных повреждений, не уточняющий их локализацию.

Синовит - накопление жидкости (синовиальной) в полости сустава. У детей, особенно у подростков, занимающихся спортом, часто возникают закрытые повреждения суставов, на фоне которых может развиваться посттравматический (серозный) синовит. При этом преимущественно поражается коленный сустав, реже - голеностопный и локтевой суставы.

Правильно установленный диагноз, адекватная лечебная помощь при данной патологии приводят к выздоровлению и предупреждают развитие осложнений у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики гемартроза и синовита у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину гемартроза и синовита у детей.	1. Выявлять клинические признаки гемартроза и синовита у детей.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	3. Интерпретировать данные рентгенологического исследования.
3. Общие принципы лечения	4. Диагностировать и оказывать лечебную

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста. Рентгенологическое исследование костей и суставов	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней. Рентгенология	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 3. <i>Линденбратен Л. Д., Наумов Л. Б.</i> Медицинская рентгенология: учебник. - М.: Медицина, 1984

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Гемартроз у детей.

5.2. Синовит у детей.

5.3. Особенности клинической картины гемартроза и синовита у детей.

5.4. Рентгенографическое исследование суставов у детей при наличии гемартроза и синовита.

5.5. Принципы лечения гемартроза и синовита у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств травмы суставов, возникновения гемартроза и синовита.

6.2. Оценка местных патологических изменений в области сустава:

- сглаженность контуров сустава (рис. 19);
- болезненность и ограничение движений в суставе;
- баллотирование надколенника (рис. 20);
- гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава при гемартрозе, их отсутствие при серозном синовите.

6.3. Рентгенографическое исследование: расширение РСЦ.

6.4. Артроскопия: визуальный осмотр всех структур сустава с целью уточнения топического диагноза и определения объема консервативного или оперативного лечения.



Рис. 19. Сравнительный осмотр контуров коленного сустава: контуры левого коленного сустава сглажены по сравнению с правым (синовит)

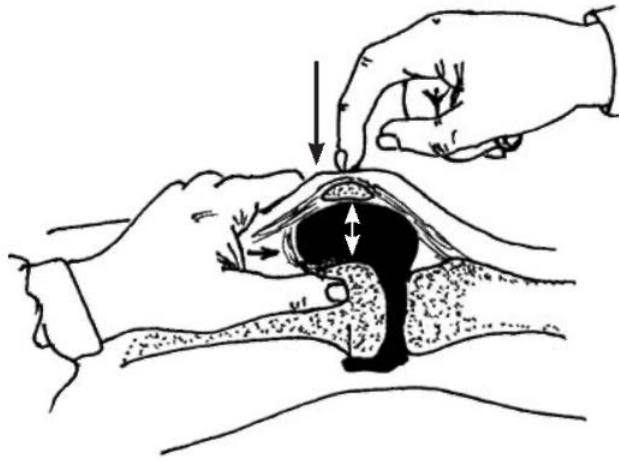


Рис. 20. Пальпация коленного сустава при сино-вите (схема): «танцующая» коленная чашечка - баллотация надколенника

6.5. Лечение:

- при *гемартрозе* - пункция сустава с эвакуацией излившейся крови, иммобилизация травмированной конечности гипсовой лонгетой;
- при *синовите* - пункция сустава и эвакуация содержимого из его полости, иммобилизация конечности гипсовой лонгетой.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

7.2. Набор тематических рентгенограмм.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Баиров Г. А.* Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 26

Ребенок 5 лет упал во время игры на улице, ударился коленным суставом. После этого предъявляет жалобы на умеренные боли в коленном суставе, говорит, что ему «больно и трудно ходить». Объективно: контуры травмированного коленного сустава сглажены, движения в нем ограничены и умеренно болезненны, кожа данной области гиперемирована, определяется незначительное местное повышение температуры. Симптом баллотации надколенника положительный. Сравнительная рентгенография коленных суставов в двух стандартных проекциях: имеет место расширение РСЦ на стороне повреждения.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК»

1. Информация по теме

Растяжение (разрыв) связок - повреждение связочного аппарата вследствие форсированного движения в суставе, обусловленного травмой, превышающего нормальный объем движения в суставе по оси вращения, или вследствие движения в суставе по неправильной оси вращения. Кровоизлияния в сустав при растяжении связок не отмечается, однако подкожный отек и гематома бывают очень большими. Правильно установленный диагноз при данной патологии и адекватная лечебная помощь приводят к выздоровлению и предупреждают развитие осложнений у детей.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики растяжения (разрыва) связок у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину растяжения связок. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза. 3. Общие принципы лечения	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки растяжения связок у детей. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологи-ческие особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Растяжение связок у детей.

5.2. Клиническая картина растяжения связок у детей.

5.3. Принципы лечения растяжения связок у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств повреждения.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- припухлость мягких тканей и сглаженность контуров сустава (рис. 21, см. цв. вклейку), более всего выраженная на стороне повреждения;
- болезненность движений в суставе.

6.3. Лечение: при легких формах растяжения - эластичная давящая повязка, местно - в первые сутки холод, с 3-4-го дня - теплые ванны. В тяжелых случаях накладывают гипсовую лонгету.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.
2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.
3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 27

Подросток во время бега подвернул стопу, упал, почувствовал острую боль по наружной поверхности голеностопного сустава. Через 5-6 мин после падения боль стала беспокоить меньше, однако ходить нормально не смог - стал хромать на травмированную ногу. Обратился к врачу. Объективно: контуры голеностопного сустава сглажены из-за припухлости мягких тканей, более всего выраженной по наружной его поверхности. Движения в суставе сохранены, однако болезненны. При супинации и аддукции стопы боль нарастает.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ОЖОГИ I-II СТЕПЕНИ»

1. Информация по теме

Ожог (термическая травма) - результат воздействия высоких температур на организм ребенка.

Причины ожогов у детей - безнадзорность и отсутствие понятия о ситуации, приводящей к термической травме. Чаще всего маленькие дети получают ожоги, опрокидывая на себя сосуды с горячей жидкостью или пищей. В старшем возрасте преобладают ожоги пламенем при играх с огнем или огнеопасными предметами. Следует отметить, что ожоги у детей являются одним из частых видов детского травматизма. Среди всех обожженных дети составляют от 30 до 50%.

Согласно классификации ожогов, принятой XVII съездом хирургов СССР в 1961 году, *ожог I степени* характеризуется гиперемией кожи, *ожог II степени* - отслойкой эпидермиса с образованием пузырей.

Точная диагностика и адекватная лечебная помощь детям при данной травматической патологии позволяют минимизировать тяжелые последствия ожогов.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики ожогов I-II степени у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину ожога I степени. 2. Клиническую картину ожога II степени. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза. 3. Общие принципы лечения	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки ожогов I и II степени. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Термический ожог I степени у детей.

5.2. Термический ожог II степени у детей.

5.3. Клиническая картина ожогов I и II степени у детей.

5.4. Принципы лечения ожогов I и II степени у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств получения термической травмы.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- *ожог I степени* - гиперемия и незначительная отечность кожных покровов в области ожога;

- *ожог II степени* - гиперемия, отечность кожных покровов и эпидермальные пузыри, наполненные серозным содержимым в области ожога.

6.3. Определение площади термического поражения с помощью таблицы Ланда и Броудера (рис. 22, 23).

Для ориентировочного определения площади ожога чаще всего используют два метода:

- «правило ладони»: площадь ладони приблизительно соответствует 1%;

- «правило девятки»: поверхность головы и шеи - 9%, верхней конечности - 9%, передней поверхности туловища (груди и живота) - 18%, задней поверхности туловища - 18%, нижней конечности - 18%, промежности и наружных половых органов - 1%.

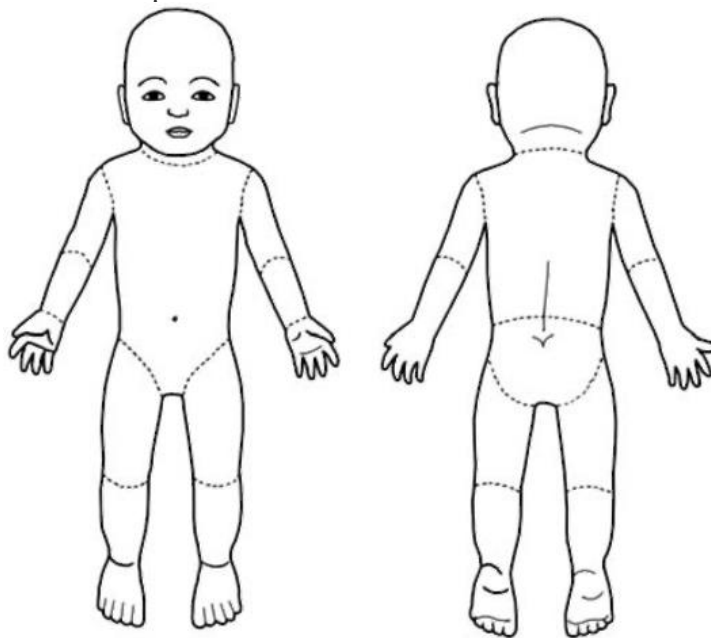


Рис. 22. Расчеты площади поверхности тела у детей от рождения до 7 лет с помощью таблицы Ланда и Броудера: передняя поверхность грудной клетки, живот - 13%; задняя поверхность грудной клетки, поясничная область - 13%; ягодицы - по 2,5%; промежность - 1%; плечо: задняя, передняя поверхность - по 2%; шея - 1%; предплечье - 2,5%; кисть - 1,25%; стопа: подошвенная, тыльная поверхность - 1,75%. До 1 года: половина головы - 9,5%; половина бедра - 2,75%; половина голени -

2,5%. *От 1 года до 5 лет:* половина головы - 8,5%; половина бедра - 3,25%; половина голени - 2,5%. *От 5 до 7 лет:* половина головы - 6,5%; половина бедра - 4%; половина голени - 2,75%

6.4. Лечение:

- *в момент получения ожога* ожоговую поверхность орошать холодной (16-20 °С) водой в течение 10-25 мин, затем закрыть стерильными салфетками, смоченными 0,5% раствором нитрофу-рала (фурацилина♣);

- *обезболивание:* 9% поверхности тела - внутримышечно 50% раствор натрия метамизола (анальгина♣) в дозе 0,5 мг/кг с 2,5% раствором прометазина (пипольфена♣) - 0,2 мг/кг; 9-15% - внутримышечно 1% раствор тримеперидина (промедола♣) в дозе 0,01 мг/кг;

- *стационарное лечение:* новорожденным с площадью поражения кожи более 1% поверхности тела; детям от 1 мес до 3 лет - свыше 3% поверхности тела; детям от 3 до 7 лет - более 5% поверхности тела; детям старше 7 лет - свыше 10% поверхности тела;

экстренная профилактика столбняка проводится в условиях поликлиники или стационара.

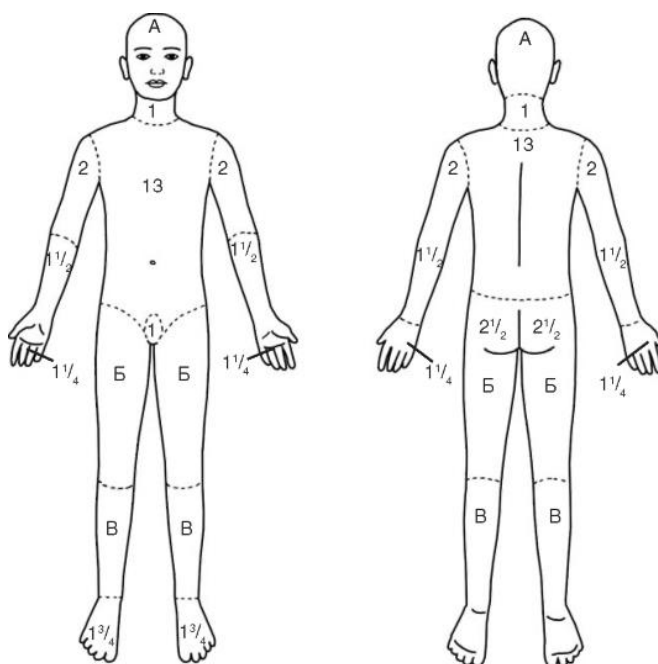


Рис. 23. Расчеты площади поверхности тела у детей от 7 лет и старше с помощью таблицы Ланда и Броудера. *До 10 лет:* А (половина головы) - 5,5%; Б (половина одного бедра) - 4,25%; В (половина одной голени) - 3%. *От 10 до 15 лет:* А (половина головы) - 4,5%; Б (половина одного бедра) - 4,5%; В (половина одной голени) - 5,25%. *У взрослого:* А (половина головы) - 3,5%; Б (половина одного бедра) - 4,75%; В (половина одной голени) - 3,5%. Цифрами обозначены площади (в процентах) поверхности остальных анатомических зон

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Баиров Г. А. Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

3. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2. Цыбулькин Э. К. Неотложная педиатрия в алгоритмах. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 28

Новорожденный ребенок получил ожог кипятком туловища. Объективно: кожные покровы передней поверхности туловища гиперемии-ваны и незначительно отечны, эпидермальных пузырей нет. Площадь ожога соответствует примерно площади двух ладоней ребенка.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 29

Подросток 14 лет при разжигании костра получил ожог кисти пламенем. Объективно: кожные покровы тыльной поверхности травмированной кисти гиперемированы, отечны, имеются небольшие эпидермальные пузыри (три). Движения в пальцах кисти и лучезапястном суставе сохранены.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ОЗНОБЛЕНИЕ»

1. Информация по теме

Ознобление («ознобыши») - особый вид дерматита, который развивается под влиянием длительного хронического воздействия влажного воздуха на различные участки тела, чаще при температуре выше 0 °С. Отмечается огрубение кожи, на ней появляются трещины, которые могут изъязвляться. В дальнейшем образуются эрозии, развивается дерматит.

Своевременная диагностика и лечебная помощь при данной патологии позволяют предупредить развитие хронического дерматита.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики ознобления у детей, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину ознобления. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза. 3. Общие принципы лечения	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки ознобления. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
1. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	1. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Ознобление у детей.

5.2. Клиническая картина ознобления.

5.3. Принципы лечения ознобления.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств заболевания (заболевание возникает обычно осенью и весной, а с наступлением теплого времени года исчезает).

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- на коже пальцев рук, стоп, ушных раковин, носа и щек плотные синюшные припухлости различных размеров с довольно четкими границами, кожа напряжена, холодная на ощупь, отмечаются болезненность и зуд;
- на пораженной коже трещины, фликтены, изъязвления.

6.3. Лечение: при озноблении пальцев рук и ног - теплые ванны перед сном с последующим втиранием индифферентных жиров, детского крема; в морозные дни щеки маленьких детей рекомендуют смазывать защитными жировыми кремами; ультрафиолетовое облучение (УФО) участков ознобления.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 30

После прогулок на свежем воздухе в начале октября (температура окружающего воздуха 0...+1 °С) мама заметила у ребенка в области ушных раковин синюшно-багровое отечное припухание, кожа в этих местах стала несколько плотнее, чем обычно. При этом после прогулок ребенок периодически чешет уши, вследствие чего образовались расчесы.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «УКУШЕННЫЕ РАНЫ, ПОЛУЧЕННЫЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, ЗМЕЙ, НАСЕКОМЫХ»

1. Информация по теме

Рана - травматическое нарушение целостности кожных покровов или слизистых оболочек (одновременно повреждаются, как правило, и глубже лежащие ткани).

У детей часто встречаются укусы собак. При этом наибольшая опасность при укусах заключается в возможности заражения бешенством. В этом отношении особенно опасны раны головы и шеи.

Среди укусов ядовитых змей преобладают укусы гадюк (лесной, степной, песочной). Яд гадюки действует преимущественно на сосудистую стенку, повышая ее проницаемость, а также на красную кровь, вызывая гемолиз. Яд кобры, гюрзы парализует центральную нервную систему.

В весенне-летние месяцы к врачу часто обращаются дети с жалобами на припухлость в какой-либо части тела. Иногда в таких случаях ставят диагноз ушиба или воспалительного инфильтрата, забывая о возможности укуса насекомого.

Амбулаторный хирург должен выяснить причины и обстоятельства ранения, дать правильную оценку тяжести ранения и общего состояния потерпевшего, определить правильную тактику лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики укушенных ран, полученных от животных, змей, насекомых, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину укушенных ран, полученных от животных.	1. Правильно собирать анамнез.

Окончание табл.

Знать	Уметь
2. Клиническую картину укушенных ран, полученных от змей.	2. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от животных.
3. Клиническую картину укушенных ран, полученных от насекомых.	3. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от змей.
4. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	4. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от насекомых.
5. Общие принципы лечения	5. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	1. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Укушенные раны, полученные от животных.

5.2. Укушенные раны, полученные от змей.

5.3. Укушенные раны, полученные от насекомых.

5.4. Клиническая картина укушенных ран, полученных от животных.

5.5. Клиническая картина укушенных ран, полученных от змей.

5.6. Клиническая картина укушенных ран, полученных от насекомых.

5.7. Принципы лечения укушенных ран, полученных от животных, змей, насекомых.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств получения ран от укусов животными (собака, кошка, лиса, енот, летучая мышь) (рис. 24, см. цв. вклейку, рис. 25), змеями, насекомыми.



Рис. 25. Укушенно-скальпированная рана головы, нанесенная ребенку 7 лет медведем

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- наличие рваных и разможенных краев с кровоизлияниями в окружающие ткани, кровоточивость раны;
- местная реакция при укусе змеи: боль, отек, образование волдыря, некроз и геморрагии вокруг ранки;
- местные проявления укуса насекомых: отек тканей, сопровождающийся зудом и легким покраснением кожи (укус комара, мошки); укусы пчел и ос сопровождаются резкой локальной болезненностью с развитием значительного отека.

6.3. Лечение:

- при укусе собаки рану обрабатывают так же, как любую другую загрязненную рану. При локализации раны в косметически важной области (лицо) ткани должны быть по возможности сохранены, однако явно нежизнеспособные ткани необходимо удалить. Края небольших ран (по типу колотых) конечностей и незначимых в косметическом отношении участков тела иссекают и рану оставляют открытой. При укусе собаки или дикого животного ребенок, имеющий два или более из следующих четырех факторов риска, должен немедленно начать получать лечение для профилактики бешенства: 1) возраст меньше 10 лет; 2) раны головы и шеи; 3) глубокие укусы; 4) укусы животных, сведений о вакцинации которых нет или они недостоверны и сомнительны;
- укусы змей: срочно уложить ребенка в горизонтальное положение, на поврежденную конечность наложить жгут. Так как змеиный яд распространяется лимфогенно, жгут не должен быть тугим, иначе он будет усиливать локальный отек. Жгут накладывают проксимальнее места укуса и границы отека так, чтобы ниже него на артериях конечности определялся пульс. При возможности в первые 10 мин из места укуса выдавить яд, сдавив кожу так, чтобы из ранки появилась капля жидкости; затем рану обработать антисептиком и наложить недавящую антисептическую повязку. Поврежденную конечность обязательно иммобилизовать. Ввести возрастные дозы дифенгидрамина (димедрола♠), хлоропирамина (супрастина♠) или прометазина (пипольфена♠) и натрия метамизола (анальгина♠). При наличии поливалентной противозмеиной сыворотки целесообразно применить ее еще на догоспитальном этапе. Все дети с укусом змей после оказания первой помощи должны быть срочно госпитализированы в хирургическое или реанимационное отделение;

1. Информация по теме

Рана - травматическое нарушение целостности кожных покровов или слизистых оболочек (одновременно повреждаются, как правило, и глубже лежащие ткани).

У детей часто встречаются укусы собак. При этом наибольшая опасность при укусах заключается в возможности заражения бешенством. В этом отношении особенно опасны раны головы и шеи.

Среди укусов ядовитых змей преобладают укусы гадюк (лесной, степной, песочной). Яд гадюки действует преимущественно на сосудистую стенку, повышая ее проницаемость, а также на красную кровь, вызывая гемолиз. Яд кобры, гюрзы парализует центральную нервную систему.

В весенне-летние месяцы к врачу часто обращаются дети с жалобами на припухлость в какой-либо части тела. Иногда в таких случаях ставят диагноз ушиба или воспалительного инфильтрата, забывая о возможности укуса насекомого.

Амбулаторный хирург должен выяснить причины и обстоятельства ранения, дать правильную оценку тяжести ранения и общего состояния потерпевшего, определить правильную тактику лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики укушенных ран, полученных от животных, змей, насекомых, формулирование правильного диагноза, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину укушенных ран, полученных от животных.	1. Правильно собирать анамнез.

Окончание табл.

Знать	Уметь
2. Клиническую картину укушенных ран, полученных от змей.	2. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от животных.
3. Клиническую картину укушенных ран, полученных от насекомых.	3. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от змей.
4. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза.	4. Выявлять клинические признаки укушенных ран, полученных от насекомых.
5. Общие принципы лечения	5. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	1. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Укушенные раны, полученные от животных.

5.2. Укушенные раны, полученные от змей.

5.3. Укушенные раны, полученные от насекомых.

5.4. Клиническая картина укушенных ран, полученных от животных.

5.5. Клиническая картина укушенных ран, полученных от змей.

5.6. Клиническая картина укушенных ран, полученных от насекомых.

5.7. Принципы лечения укушенных ран, полученных от животных, змей, насекомых.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза, уточнение обстоятельств получения ран от укусов животными (собака, кошка, лиса, енот, летучая мышь) (рис. 24, см. цв. вклейку, рис. 25), змеями, насекомыми.



Рис. 25. Укушенно-скальпированная рана головы, нанесенная ребенку 7 лет медведем

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- наличие рваных и размозженных краев с кровоизлияниями в окружающие ткани, кровоточивость раны;
- местная реакция при укусе змеи: боль, отек, образование волдыря, некроз и геморрагии вокруг ранки;
- местные проявления укуса насекомых: отек тканей, сопровождающийся зудом и легким покраснением кожи (укус комара, мошки); укусы пчел и ос сопровождаются резкой локальной болезненностью с развитием значительного отека.

6.3. Лечение:

- при укусе собаки рану обрабатывают так же, как любую другую загрязненную рану. При локализации раны в косметически важной области (лицо) ткани должны быть по возможности сохранены, однако явно нежизнеспособные ткани необходимо удалить. Края небольших ран (по типу колотых) конечностей и незначимых в косметическом отношении участков тела иссекают и рану оставляют открытой. При укусе собаки или дикого животного ребенок, имеющий два или более из следующих четырех факторов риска, должен немедленно начать получать лечение для профилактики бешенства: 1) возраст меньше 10 лет; 2) раны головы и шеи; 3) глубокие укусы; 4) укусы животных, сведений о вакцинации которых нет или они недостоверны и сомнительны;
- укусы змей: срочно уложить ребенка в горизонтальное положение, на поврежденную конечность наложить жгут. Так как змеиный яд распространяется лимфогенно, жгут не должен быть тугим, иначе он будет усиливать локальный отек. Жгут накладывают проксимальнее места укуса и границы отека так, чтобы ниже него на артериях конечности определялся пульс. При возможности в первые 10 мин из места укуса выдавить яд, сдавив кожу так, чтобы из ранки появилась капля жидкости; затем рану обработать антисептиком и наложить недавящую антисептическую повязку. Поврежденную конечность обязательно иммобилизовать. Ввести возрастные дозы дифенгидрамина (димедрола♠), хлоропирамина (супрастина♠) или прометазина (пи-польфена♠) и натрия метамизола (анальгина♠). При наличии поливалентной противозмеиной сыворотки целесообразно применить ее еще на догоспитальном этапе. Все дети с укусом змей после оказания первой помощи должны быть срочно госпитализированы в хирургическое или реанимационное отделение;
- укусы насекомых: холодные компрессы на место укуса, удаление жала (укус пчелы), обработка места повреждения мыльной водой, обильное питье. При общей реакции - подкожно возрастную дозу эпинефрина (адреналина[♠]), антигистаминные препараты хлоропирамин (супрастин[♠]), дифенгидрамин (димедрол[♠]). Если симптомы интоксикации сохраняются, то через 20-60 мин инъекцию эпинефрина повторить.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Баиров Г. А.* Детская травматология. - СПб.: Питер, 2000.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. *Ашкрафт К. У., Холдер Т. М.* Детская хирургия: Т. 1. - СПб.: Хардфорд, 1996.

2. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

3. *Цыбулькин Э. К.* Угрожающие состояния в педиатрии. Экстренная врачебная помощь. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 31

Во время прогулки ребенка 11 лет за левую кисть укусила домашняя (своя) собака. Со слов мамы, агрессивное поведение собаки спровоцировал сам ребенок: дразнил и тыкал в нее палкой. Собака привитая, наблюдается у ветеринара. Объективно: левая кисть припухшая, движения в пальцах кисти в полном объеме, безболезненные, на тыле кисти имеются три точечных раны, которые не кровоточат. Пальпация кисти травматических повреждений костей кисти не выявила.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 32

Девочку 5 лет на даче у бабушки в плечо ужалила пчела, отмечена жгучая боль в месте укуса. После укуса прошло 1,5 ч. Девочка жалуется на умеренную боль в месте укуса, зуд. Со слов мамы, отек и покраснение кожи увеличились незначительно. Объективно: по наружной поверхности в верхней трети плеча имеются ограниченная припухлость мягких тканей и покраснение кожи. В центре припухлости визуально определяется темная точка, при внимательном рассмотрении (с помощью лупы) - жало пчелы.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «КОРОТКАЯ УЗДЕЧКА ЯЗЫКА»

1. Информация по теме

Врожденное укорочение уздечки языка - аномалия, при которой кончик языка фиксирован ко дну ротовой полости и не выводится за ее пределы (за линию десен, зубов). Уздечка укорочена в передней части, где в большинстве случаев представляет собой тонкую прозрачную пленку, лишенную сосудов. Наличие такой аномалии у грудных детей затрудняет акт сосания. В более старшем возрасте, когда ребенок начинает говорить, возникает дефект речи - шепелявость (ребенок не может произносить звук «р», а звук «с» переходит в «ш»).

Амбулаторный хирург после установления диагноза проводит оперативное лечение в условиях хирургического кабинета поликлиники.

2. Учебная цель

Освоение приемов клинической диагностики короткой уздечки языка и хирургического лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину врожденного укорочения уздечки языка. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза. 3. Общие принципы лечения короткой уздечки языка	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки короткой уздечки языка. 3. Рассекать укороченную часть уздечки языка

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	1. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Врожденное укорочение уздечки языка.

5.2. Клиническая картина короткой уздечки языка.

5.3. Принципы хирургического лечения.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- дугообразная деформация языка во время попытки ребенка высунуть язык;

- насильственно кончик языка приподнимается очень ограниченно, при этом уздечка натягивается и как бы раздваивает кончик языка.

6.3. Лечение: оперативное, проводят в возрасте 2-3 мес (по установлению диагноза). Под кончик языка вводят широкий конец желобоватого зонда, чтобы вырезка пришлась на край уздечки. Затем уздечку слегка натягивают и выбирают бессосудистую зону. В этой зоне ножницами одним движением уздечку рассекают по направлению к корню языка.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 33

Мама ребенка 2 мес предъявляет жалобы на то, что у ее малыша «змеиный» язык, т. е., когда ребенок пытается высунуть изо рта язык, он на кончике раздваивается. При осмотре: насильственно, с помощью желобоватого зонда кончик языка приподнимается плохо (ограниченно), при этом уздечка натягивается и как бы раздваивает кончик языка.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ КИСТЫ И СВИЩИ ШЕИ»

1. Информация по теме

Кисты и свищи шеи - аномалии развития, обусловленные нарушением процесса облитерации существующих у эмбриона эпителиальных ходов.

Боковые кисты и свищи шеи встречаются значительно реже срединных, их чаще обнаруживают с момента рождения. *Срединная киста шеи* обычно проявляется в возрасте 1-5 лет. При инфицировании кисты может развиться картина абсцесса с вовлечением в процесс окружающих тканей.

От врача требуется правильная диагностика данной патологии у детей и определение адекватной тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики кист и свищей шеи, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину боковых кист и свищей шеи. 2. Клиническую картину срединной кисты шеи. 3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии. 4. Общие принципы лечения срединных и боковых кист и свищей шеи	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки срединных и боковых кист и свищей шеи. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Боковые кисты и свищи шеи.

5.2. Срединные кисты и свищи шеи.

5.3. Клиническая картина боковых кист и свищей шеи.

5.4. Клиническая картина срединных кист и свищей шеи.

5.5. Принципы лечения срединных и боковых кист и свищей шеи.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- первый признак *боковых кист и свищей шеи* - спонтанно возникающие слизистые выделения из наружного отверстия. Первым клиническим проявлением боковых кист и свищей шеи может быть и инфицирование кисты и свищевого хода (покраснение кожи, припухлость и болезненность, серозно-

гнойные выделения). Локализация свищевого отверстия по краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;

• *срединные кисты и свищи шеи* располагаются по средней линии шеи от щитовидного хряща до яремной ямки. Диаметр кисты не превышает 1,5-3 см, образование мягкоэластической консистенции, безболезненное, флюктуирует. Кожа над ним не изменена, подвижна. Срединный свищ - воронкообразное углубление в коже с мацерацией кожи вокруг свищевого отверстия и с выделениями.

6.3. Лечение: хирургическое!

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 34

У ребенка в возрасте 4 лет родители заметили опухолевидное образование по средней линии шеи, безболезненное. Объективно: по средней линии шеи выше яремной ямки определяется опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, безболезненное, флюктуирует, диаметр 2-1,5 см. При глотании образование смещается вверх и быстро возвращается обратно. Кожа над ним не изменена, подвижна.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 35

У ребенка по переднему краю левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы определяется точечное свищевое отверстие с прозрачным отделяемым (слизь). При запрокидывании головы назад на шее пальпаторно определяется плотный тяж, идущий от свищевого отверстия в верхние отделы шеи.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА: «ГАНГЛИЙ, ГИГРОМА»

1. Информация по теме

Сухожильный ганглий (ганглион) - доброкачественная опухолеподобная киста сухожильных влагалищ, возникающая вследствие хронического асептического воспалительного процесса (содержит густую слизистую жидкость).

Суставной ганглий (рис. 26) - довольно частое дегенеративное заболевание суставной сумки, поражаются главным образом лучезапястный сустав, пястно-фаланговые и межфаланговые суставы пальцев, локтевой сустав, наружный мениск и подколенный отдел капсулы коленного сустава.

Гигрома (рис. 27) - кистозное образование, обычно локализующееся в подколенной ямке, но достигающее значительно больших размеров.

Данные патологические образования могут причинять боль при движениях, иногда боль возникает в покое вследствие давления на окружающие ткани.

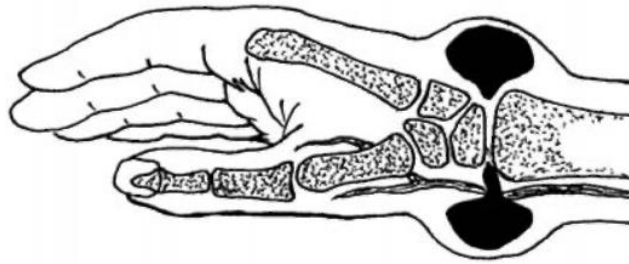


Рис. 26. Ганглий (ладонный и тыльный) лучеза-пястного сустава (схема): ладонный ганглий суживает лучевую артерию



Рис. 27. Гигрома правой подколенной ямки

От врача требуется правильная диагностика данной патологии у детей и определение тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики ганглиев и гигромы, выбор оптимальной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину ганглиев.	1. Правильно собирать анамнез.
2. Клиническую картину гигромы.	2. Выявлять клинические признаки ганглиев и гигромы.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данных патологиях.	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
4. Общие принципы лечения ганглиев и гигромы	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Сухожильный и суставной ганглии.

5.2. Гигрома.

5.3. Клиническая картина сухожильного и суставного ганглиев.

5.4. Клиническая картина гигромы.

5.5. Принципы лечения ганглиев и гигромы.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- *ганглий* слегка возвышается над уровнем кожи, плотноэластической консистенции, безболезнен;
- *гигрома* - кистозное образование больших (более 2 см) размеров в подколенной ямке.

6.3. Лечение: если ганглий не вызывает боли или других неудобств, то целесообразно понаблюдать за ним в течение нескольких месяцев. Возможно, он исчезнет самостоятельно. Наиболее радикальным и эффективным лечением является удаление ганглия и гигромы.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

1. Информация по теме

Кисты и свищи шеи - аномалии развития, обусловленные нарушением процесса облитерации существующих у эмбриона эпителиальных ходов.

Боковые кисты и свищи шеи встречаются значительно реже срединных, их чаще обнаруживают с момента рождения. *Срединная киста шеи* обычно проявляется в возрасте 1-5 лет. При инфицировании кисты может развиться картина абсцесса с вовлечением в процесс окружающих тканей.

От врача требуется правильная диагностика данной патологии у детей и определение адекватной тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики кист и свищей шеи, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину боковых кист и свищей шеи.	1. Правильно собирать анамнез.
2. Клиническую картину срединной кисты шеи.	2. Выявлять клинические признаки срединных и боковых кист и свищей шеи.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии.	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
4. Общие принципы лечения срединных и боковых кист и свищей шеи	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. -

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе
- 5.1. Боковые кисты и свищи шеи.
- 5.2. Срединные кисты и свищи шеи.
- 5.3. Клиническая картина боковых кист и свищей шеи.
- 5.4. Клиническая картина срединных кист и свищей шеи.
- 5.5. Принципы лечения срединных и боковых кист и свищей шеи.
6. Ориентировочные основы действия
- 6.1. Сбор анамнеза.
- 6.2. Оценка местных патологических изменений:
- первый признак *боковых кист и свищей шеи* - спонтанно возникающие слизистые выделения из наружного отверстия. Первым клиническим проявлением боковых кист и свищей шеи может быть и инфицирование кисты и свищевого хода (покраснение кожи, припухлость и болезненность, серозно-гнойные выделения). Локализация свищевого отверстия по краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
 - *срединные кисты и свищи шеи* располагаются по средней линии шеи от щитовидного хряща до яремной ямки. Диаметр кисты не превышает 1,5-3 см, образование мягкоэластической консистенции, безболезненное, флюктуирует. Кожа над ним не изменена, подвижна. Срединный свищ - воронкообразное углубление в коже с мацерацией кожи вокруг свищевого отверстия и с выделениями.
- 6.3. Лечение: хирургическое!
7. Методическое обеспечение занятия
- 7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.
8. Рекомендуемая литература
- Основная:
1. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.
 2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.
- Дополнительная:
1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
9. Клинические ситуационные задачи
- Задача № 34
- У ребенка в возрасте 4 лет родители заметили опухолевидное образование по средней линии шеи, безболезненное. Объективно: по средней линии шеи выше яремной ямки определяется опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, безболезненное, флюктуирует, диаметр 2-1,5 см. При глотании образование смещается вверх и быстро возвращается обратно. Кожа над ним не изменена, подвижна.
- Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.*
- Задача № 35
- У ребенка по переднему краю левой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы определяется точечное свищевое отверстие с прозрачным отделяемым (слизь). При запрокидывании головы назад на шее пальпаторно определяется плотный тяж, идущий от свищевого отверстия в верхние отделы шеи.
- Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.*

ТЕМА: «ГАНГЛИЙ, ГИГРОМА»

1. Информация по теме

Сухожильный ганглий (ганглион) - доброкачественная опухолеподобная киста сухожильных влагалищ, возникающая вследствие хронического асептического воспалительного процесса (содержит густую слизистую жидкость).

Суставной ганглий (рис. 26) - довольно частое дегенеративное заболевание суставной сумки, поражаются главным образом лучезапястный сустав, пястно-фаланговые и межфаланговые суставы пальцев, локтевой сустав, наружный мениск и подколенный отдел капсулы коленного сустава.

Гигрома (рис. 27) - кистозное образование, обычно локализующееся в подколенной ямке, но достигающее значительно больших размеров.

Данные патологические образования могут причинять боль при движениях, иногда боль возникает в покое вследствие давления на окружающие ткани.

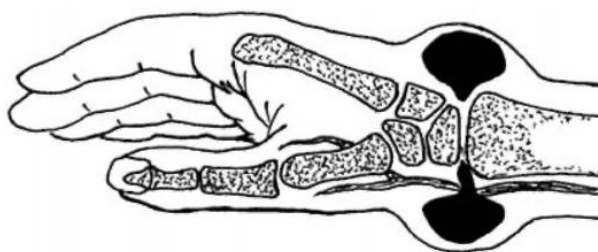


Рис. 26. Ганглий (ладонный и тыльный) лучезапястного сустава (схема): ладонный ганглий суживает лучевую артерию



Рис. 27. Гигрома правой подколенной ямки

От врача требуется правильная диагностика данной патологии у детей и определение тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики ганглиев и гигромы, выбор оптимальной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину ганглиев.	1. Правильно собирать анамнез.

2. Клиническую картину гигромы.	2. Выявлять клинические
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данных патологиях.	признаки ганглиев и гигромы.
4. Общие принципы лечения ганглиев и гигромы	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Сухожильный и суставной ганглии.

5.2. Гигрома.

5.3. Клиническая картина сухожильного и суставного ганглиев.

5.4. Клиническая картина гигромы.

5.5. Принципы лечения ганглиев и гигромы.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- *ганглий* слегка возвышается над уровнем кожи, плотноэластической консистенции, безболезнен;
- *гигрома* - кистозное образование больших (более 2 см) размеров в подколенной ямке.

6.3. Лечение: если ганглий не вызывает боли или других неудобств, то целесообразно понаблюдать за ним в течение нескольких месяцев. Возможно, он исчезнет самостоятельно. Наиболее радикальным и эффективным лечением является удаление ганглия и гигромы.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

ТЕМА «ВРОЖДЕННЫЕ СВИЩИ ПУПКА»

1. Информация по теме

Полный свищ пупка возникает в тех случаях, когда желточный проток или мочевой ход при рождении ребенка остаются открытыми на всем протяжении.

Неполный свищ пупка возникает в тех случаях, когда необлитерированной остается только периферическая часть одного из эмбриональных протоков.

Постоянное истечение кишечного содержимого, мочи обуславливает раздражение и мацерацию кожи вокруг пупка, приводит к резкому раздражению кожи передней брюшной стенки и нарушению общего состояния ребенка.

От врача требуется точная диагностика данной патологии у детей и определение правильной тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики врожденного свища пупка, выбор оптимальной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину врожденных свищей пупка. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии. 4. Общие принципы лечения полных и неполных свищей пупка	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки полных и неполных свищей пупка. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Полный свищ пупка.

5.2. Неполный свищ пупка.

5.3. Клиническая картина полного свища пупка.

5.4. Клиническая картина неполного свища пупка.

5.5. Принципы лечения врожденных свищей пупка.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

• *полный свищ пупка*: инфильтрированный и гиперемированный пупок, из которого иногда выпячивается слизистая оболочка ярко-красного цвета и вытекают жидкие фекалии (моча);

• *неполный свищ пупка*: длительно не заживающая пупочная ранка, отделяемое которой пачкает белье.

На дне пупочной ямки небольшой участок бледных грануляций, среди которых различают точечное свищевое отверстие.

6.3. Лечение:

• *полный свищ*: операция по установлению диагноза;

• *неполный свищ*: тщательный туалет пупка. Грануляции на дне ямки прижигают бриллиантовым зеленым или ляписным карандашом. При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий ставят вопрос о хирургическом лечении.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 38

Родители грудного ребенка предъявляют жалобы на выделение у него из пупка скудного содержимого с каловым запахом. Объективно: пупок ребенка инфильтрирован и гиперемирован. При промокании пупка стерильным марлевым тампоном на последнем остается след от отделяемого из пупка, имеющего каловый запах.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 39

Родители ребенка предъявляют жалобы на то, что у малыша длительно не заживает пупочная ранка, отделяемое которой постоянно пачкает белье. Объективно: на дне пупочной ранки обнаруживаются бледные грануляции. При внимательном рассмотрении (с лупой) в центре грануляций определяется точечное свищевое отверстие. При надавливании на околопупочную область из свища выделяется капля серозной жидкости.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»

1. Информация по теме

Вентральная грыжа формируется после консервативного или оперативного лечения эмбриональной грыжи. По величине дефекта в апоневрозе грыжи разделяют на небольшие (8-10 см), большие (10-12 см) и гигантские (более 15 см). Грыжи с узкой ножкой имеют тенденцию к перекруту.

Пупочная грыжа характеризуется незаращением апоневроза пупочного кольца, через которое выпячивается брюшина, образуя грыжевой мешок. Пупочные грыжи встречаются преимущественно у грудных детей и по частоте занимают одно из первых мест среди всех видов патологии детского возраста.

Грыжи белой линии живота (эпигастральные грыжи) наблюдаются обычно у детей старше 3 лет. Они возникают в зоне апоневроза по средней линии над пупком или в эпигастральной зоне. При данных грыжах возможны осложнения: ущемление, некроз тканей.

От врача требуется точная диагностика данной патологии у детей и выбор правильной тактики лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики вентральной, пупочной и грыж белой линии живота, выбор оптимальной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину вентральной грыжи. 2. Клиническую картину пупочной грыжи. 3. Клиническую картину грыжи белой линии живота.	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки вентральной, пупочной и грыжи белой линии живота.

Окончание табл.

Знать	Уметь
4. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии. 5. Общие принципы лечения грыж брюшной стенки у детей	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Вентральная грыжа.

5.2. Пупочная грыжа.

5.3. Грыжа белой линии живота.

5.4. Клиническая картина вентральной грыжи.

5.5. Клиническая картина пупочной грыжи.

5.6. Клиническая картина грыжи белой линии живота.

5.7. Принципы лечения грыж брюшной стенки у детей.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- *вентральная грыжа*: грыжевое выпячивание, покрытое рубцово-измененной кожей, при пальпации грыжи определяются кишечные петли, в горизонтальном положении содержимое грыжи легко вправляется в брюшную полость;

- *пупочная грыжа*: выпячивание округлой формы в области пупка, мягкоэластической консистенции, безболезненное, легко вправляется в брюшную полость;

- *грыжа белой линии живота*: выпячивание на передней брюшной стенке, между пупком и мечевидным отростком, по средней линии не более 1,5 см в диаметре, умеренной плотности, безболезненное. От давления пальцами выпячивание не исчезает.

6.3. Лечение:

- *вентральная грыжа*: консервативное лечение включает массаж и ношение бандажа; оперативное лечение проводят в возрасте 2-5 лет;

- *пупочная грыжа*: консервативное лечение включает массаж околопупочной зоны, укладывание ребенка на живот, стягивающую лейкопластырную повязку (рис. 28); оперативное лечение показано:

- при фасциальном дефекте <1 см, если грыжа не закрылась к 6 годам жизни;

- при фасциальном дефекте >1 см - в 3-4 года;

- при фасциальном дефекте >1 см и хоботкообразном выпячивании пупка - в возрасте 1-2 лет;

- *грыжа белой линии живота*: оперативное лечение.

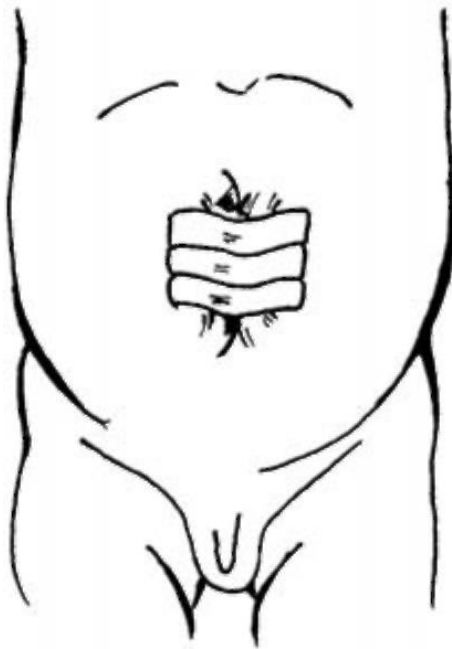


Рис. 28. Лечение пупочной грыжи лейкопла-стырной повязкой

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 40

При осмотре ребенка 2 лет в проекции пупка определяется грыжевое выпячивание, покрытое рубцово-измененной кожей. Со слов мамы, ребенок в периоде новорожденности был оперирован по поводу эмбриональной грыжи, в дальнейшем наблюдался врачом, получал консервативное лечение. Объективно: при пальпации грыжевого мешка определяются кишечные петли, грыжевые ворота - края прямых мышц живота, дефект в апоневрозе составляет 8x9 см. В горизонтальном положении грыжевое содержимое (кишечные петли) легко вправляется в брюшную полость.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения. Задача № 41

У ребенка 7 лет в области пупка определяется грыжевое выпячивание размером 1x1 см. Болевых ощущений в области данного образования ребенок не испытывает, врачом по поводу данной патологии не наблюдался. Объективно: выпячивание округлой формы в области пупка, мягкоэластической консистенции, безболезненное, легко вправляется в брюшную полость. Пальпаторно в области пупка определяется фасциальный дефект размером 8x10 мм.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 42

У ребенка 5 лет на передней брюшной стенке между пупком и мечевидным отростком по средней линии выявляется выпячивание 1 см в диаметре, умеренной плотности, безболезненное. От давления пальцами выпячивание не исчезает, отмечается болезненность.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «СИНЕХИИ МАЛЫХ ПОЛОВЫХ ГУБ»

1. Информация по теме

Синехии (сращение) малых половых губ у девочек раннего возраста объясняют перенесенными воспалительными процессами кожи и слизистой оболочки в области половой щели. Чаще всего сращение обнаруживают случайно, во время профилактических осмотров.

От врача требуется своевременная диагностика данной патологии у детей и выбор адекватного лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики сращения малых половых губ у девочек, выбор адекватной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину сращения малых половых губ у девочек.	1. Правильно собирать анамнез.
2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при данной патологии.	2. Выявлять клинические признаки сращения малых половых губ.
4. Общие принципы лечения сращения малых половых губ	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.

Окончание табл.

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Синехии (сращение) малых половых губ.

5.2. Клиническая картина сращения малых половых губ.

5.3. Принципы лечения сращения малых половых губ.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений: входа во влагалище не видно, при сильном натягивании половых губ обнаруживается тонкая пленка, через которую просвечивают лежащие под ней анатомические образования.

6.3. Лечение: у маленьких детей с помощью пуговчатого зонда движением спереди назад разъединяют спайку; у девочек старшего возраста, когда сращение определяется в виде кожного мостика, сращенные ткани разъединяют хирургическим путем.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.
2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 43

Родители жалуются на беспокойство трехлетней девочки, которое объясняют зудом в области половой щели. Объективно: большие половые губы развиты правильно, входа во влагалище не видно. При сильном натягивании половых губ обнаруживается тонкая пленка, через которую просвечивают лежащие под ней анатомические образования.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

ТЕМА «ВЫПАДЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРЯМОЙ КИШКИ. АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА»

1. Информация по теме

Выпадение слизистой оболочки прямой кишки - начальная фаза выпадения прямой кишки. С целью выздоровления и профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания от врача требуется своевременная диагностика данной патологии у детей и выбор правильной тактики лечения.

Анальная трещина - дефект слизистой оболочки анального канала. Развивается обычно в возрасте около 1 года, одинаково часто у девочек и мальчиков. Острый процесс может перейти в хронический (незаживающая язва). Чтобы этого не произошло, от врача требуется своевременная диагностика данной патологии и проведение адекватного лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей, анальной трещины, выбор правильной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей. 2. Клиническую картину анальной трещины. 3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза выпадения слизистой оболочки прямой кишки, анальной трещины. 4. Общие принципы лечения выпадения слизистой оболочки прямой кишки и анальной трещины	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки данных заболеваний. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Топографическая анатомия. Пропедевтика детских болезней	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Выпадение слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.2. Анальная трещина.

5.3. Клиническая картина выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.4. Клиническая картина анальной трещины.

5.5. Принципы лечения выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.6. Принципы лечения анальной трещины.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

• *выпадение слизистой оболочки прямой кишки*: своеобразная «розетка» - ярко-красная слизистая оболочка, выступающая из ануса ребенка во время акта дефекации;

• *анальная трещина*: при остром, внезапном начале заболевания боль в области заднего прохода, усиливающаяся во время акта дефекации; в области ануса щелевидный мягкотканый дефект, расположенный радиально, с мягкими краями и ярко-красным дном.

1. Информация по теме

Выпадение слизистой оболочки прямой кишки - начальная фаза выпадения прямой кишки. С целью выздоровления и профилактики дальнейшего прогрессирования заболевания от врача требуется своевременная диагностика данной патологии у детей и выбор правильной тактики лечения.

Анальная трещина - дефект слизистой оболочки анального канала. Развивается обычно в возрасте около 1 года, одинаково часто у девочек и мальчиков. Острый процесс может перейти в хронический (незаживающая язва). Чтобы этого не произошло, от врача требуется своевременная диагностика данной патологии и проведение адекватного лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей, анальной трещины, выбор правильной тактики лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей.	1. Правильно собирать анамнез.
2. Клиническую картину анальной трещины.	2. Выявлять клинические признаки данных заболеваний.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза выпадения слизистой оболочки прямой кишки, анальной трещины.	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
4. Общие принципы лечения выпадения слизистой оболочки прямой кишки и анальной трещины	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия. Пропедевтика	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.:

Анатомо-физиологические особенности детского возраста	детских болезней	Медицина, 1989. 2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009
---	------------------	--

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Выпадение слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.2. Анальная трещина.

5.3. Клиническая картина выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.4. Клиническая картина анальной трещины.

5.5. Принципы лечения выпадения слизистой оболочки прямой кишки у детей.

5.6. Принципы лечения анальной трещины.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

• *выпадение слизистой оболочки прямой кишки*: своеобразная «розетка» - ярко-красная слизистая оболочка, выступающая из ануса ребенка во время акта дефекации;

• *анальная трещина*: при остром, внезапном начале заболевания боль в области заднего прохода, усиливающаяся во время акта дефекации; в области ануса щелевидный мягкотканый дефект, расположенный радиально, с мягкими краями и ярко-красным дном.

6.3. Лечение:

• *выпадение слизистой оболочки прямой кишки*: восстановление статуса питания, устранение нарушений дефекации и нормализация характера стула, установление правильного режима опорожнения кишечника; • *анальная трещина*: снятие боли и спазма сфинктера (очистительная клизма, ванночки со слабым раствором калия перманганата, ректальные свечи), местно - линимент синтомицина, метилурацил хлорамфеникол (левомеколь), солкосерил (в виде геля или мази).

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 44

Родители увидели у ребенка ярко-красную слизистую оболочку, выступающую из ануса во время акта дефекации. При осмотре во время акта дефекации у ребенка отмечено выбухание ярко-красной слизистой оболочки прямой кишки в виде «розетки». По завершении акта дефекации выпавшая слизистая тотчас скрывается в анальном канале.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Задача № 45

Родители отмечают, что у ребенка сформировался страх перед актом дефекации. Это обусловлено тем, что после каждого случая дефекации в области ануса появляется и постепенно нарастает боль и держится до 8-10 мин. Объективно: в области ануса выявляется щелевидный мяг-котканый дефект, расположенный радиально, с мягкими краями и ярко-красным дном.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

- *лимфангиома*: при ощупывании безболезненна, мягкой консистенции, флюктуирует, кожа над опухолью не изменена, иногда растянута. Простая лимфангиома - разрастание лимфатических сосудов ограниченных участков кожи и подкожной клетчатки. Кавернозная лимфангиома - неравномерно наполненные лимфой полости. Кистозная лимфангиома состоит из одной или множества кист величиной от 0,3 см до размера головы ребенка.

6.3. Лечение:

- *гемангиома*: операция; консервативное лечение (криотерапия, склерозирующая терапия, электрокоагуляция, лучевая терапия) проводят при расположении на лице и других открытых частях тела исходя из косметических соображений, а также при невозможности выполнить хирургическое вмешательство;

- *лимфангиома*: хирургическое лечение.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клинические ситуационные задачи

Задача № 46

У ребенка 1,5 года на внутренней поверхности предплечья имеется простая гемангиома площадью 6 см². Родители отметили, что за последний месяц гемангиома увеличилась. При замере площади гемангиомы динамика роста доброкачественной сосудистой опухоли составила 1,5 см².

Определить тактику лечения.

Задача № 47

У ребенка 9 мес на голени имеется кистозная лимфангиома размерами 6x4 см. Мама ребенка указывает на то, что «опухоль» медленно, но неуклонно растет.

Определить тактику лечения.

ТЕМА «ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ»

1. Информация по теме

Дермоидная киста - опухоль, развивающаяся из остатков эмбриональных клеток. Стенка кисты состоит из соединительной ткани, выстланной изнутри многослойным плоским эпителием, аналогичным эпидермису, а полость заполнена салной массой с примесью чешуек эпидермиса.

Указанные образования требуют от врача своевременной диагностики с целью проведения оперативного лечения.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики дермоидной кисты, определение тактики хирургического лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Клиническую картину дермоидной кисты. 2. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при дермоидной кисте. 3. Общие принципы хирургического лечения дермоидных кист	1. Правильно собирать анамнез. 2. Выявлять клинические признаки дермоидной кисты. 3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.

Окончание табл.

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Дермоидная киста.

5.2. Клиническая картина дермоидной кисты.

5.3. Принципы хирургического лечения дермоидных кист.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- наиболее характерная локализация - верхний или внутренний края глазницы, волосистая часть головы, височная область, область рукоятки грудины и дно полости рта;
- плотные образования округлой формы, с четкими границами, не спаяны с кожей;
- размеры от 0,5 до 4 см.

6.3. Лечение: хирургическое.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. Лёнюшкин А. И. Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача

Задача № 48

У девочки 6 лет на профилактическом осмотре выявлена дермоид-ная киста в области угла левой глазной щели - плотное образование округлой формы с четкими границами, не спаянное с кожей, размером 3 см в диаметре.

Определить тактику лечения.

ТЕМА: «ПИГМЕНТНЫЕ ПЯТНА (НЕВУСЫ)»

1. Информация по теме

Пигментные пятна (невусы) - ограниченные пороки развития кожи, возникающие в период эмбрионального развития. Их обнаруживают сразу же после рождения или в первые месяцы жизни ребенка.

Указанная патология требует от врача своевременной диагностики, так как подлежит оперативному лечению.

2. Учебная цель

Освоение приемов диагностики пигментных пятен, определение тактики хирургического лечения.

3. Конкретные цели

Для выполнения учебной цели студент должен:

Знать	Уметь
1. Классификацию невусов.	1. Правильно собирать анамнез.
2. Клиническую картину невусов.	2. Выявлять клинические признаки невусов.
3. Общие принципы диагностики и формулировки диагноза при пигментных пятнах.	3. Диагностировать и оказывать лечебную помощь
4. Общие принципы хирургического лечения невусов	

4. Вопросы, изученные ранее и необходимые для усвоения данной темы

Тема	Дисциплина	Источник
Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста.	Топографическая анатомия.	1. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста / под ред. Ю. Ф. Исакова, Ю. М. Лопухина. - М.: Медицина, 1989.

Окончание табл.

Тема	Дисциплина	Источник
Анатомо-физиологические особенности детского возраста	Пропедевтика детских болезней	2. Пропедевтика детских болезней / под ред. Н. А. Геппе, Н. С. Подчерняевой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009

5. Контрольные задания для определения исходного уровня подготовки студентов к самостоятельной аудиторной работе

5.1. Пигментные пятна (невусы).

5.2. Клиническая картина невусов.

5.3. Принципы хирургического лечения пигментных пятен.

6. Ориентировочные основы действия

6.1. Сбор анамнеза.

6.2. Оценка местных патологических изменений:

- *пограничные и смешанные невусы* - не покрытые волосами плоские или слегка возвышающиеся над кожей мягкие образования с гладкой, бородавчатой или папилломатозной поверхностью, имеют коричневую или темно-коричневую окраску;
- *внутридермальный невус* - плотное куполообразное образование с гладкой или папилломатозной поверхностью, покрытое волосами. Окраска может быть от слабо пигментированной до коричневой и темно-коричневой;
- *юношеская меланома* - плотное, чаще шаровидное образование, не покрытое волосами, слабо пигментированное, желтовато-серого цвета. Имеет на поверхности телеангиэктазии;
- *«монгольское пятно»* - разновидность пигментного пятна, существует с рождения, локализуется чаще в поясничной области. С возрастом может исчезнуть.

6.3. Лечение: в основном хирургическое; «монгольское пятно» лечения не требует.

7. Методическое обеспечение занятия

7.1. Набор текстовых моделей клинических ситуаций.

8. Рекомендуемая литература

Основная:

1. *Лёнюшкин А. И.* Детская амбулаторно-поликлиническая хирургия. - М.: Медицина, 1986.

2. Хирургические болезни детского возраста: учебник: в 2 т. / под ред. Ю. Ф. Исакова. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.

Дополнительная:

1. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.

9. Клиническая ситуационная задача Задача № 49

У новорожденного в поясничной области выявлено «монгольское пятно» размером 5х6 см.

Определить тактику лечения.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. При кожной форме панариция гной располагается:

А. Под ногтевой пластинкой

Б. Под околоногтевым валиком

В. Под эпидермисом

Г. В подкожной жировой клетчатке пальца

2. При паронихии визуально определяется:

А. Фаланга пальца булабовидно утолщена

Б. Патологическая подвижность в межфаланговом суставе

В. Равномерное опухание и гиперемия пальца

Г. Отечность околоногтевого валика и нависание его над ногтевой пластинкой

3. При околоногтевой форме панариция очаг локализуется:

А. В подкожной жировой клетчатке пальца

Б. В валиках у боковых поверхностей ногтевой пластины

В. Между сосочковым слоем кожи и эпидермисом Г. Под ногтевой пластинкой

4. Пандактилит - это:

А. Гнойное воспаление всех тканей пальца

Б. Воспаление валика, окружающего основание ногтя

В. Воспаление сухожильного влагалища и сухожилия пальца

Г. Воспаление межфалангового сустава с вовлечением в процесс связочного и хрящевого аппарата пальца

5. Сгибательно-разгибательные движения пальца резко ограничены при:
- А. Подкожной форме панариция
 - Б. Костной форме панариция
 - В. Сухожильном панариции
 - Г. Суставном панариции
6. Резкое усиление боли при попытке разгибания пальца и значительное уменьшение ее при сгибании характерно для:
- А. Паронихия
 - Б. Сухожильного панариция
 - В. Суставного панариция
 - Г. Костного панариция
7. Удаление ногтя показано при:
- А. Кожной форме панариция
 - Б. Подкожной форме панариция
 - В. Околоногтевом панариции
 - Г. Подногтевой форме панариция
8. При сухожильном панариции наиболее опасны в плане тяжелого осложнения - V-образной флегмоны кисти - тендовагиниты:
- А. II и IV пальцев кисти
 - Б. II и III пальцев кисти
 - В. III и IV пальцев кисти
 - Г. I и V пальцев кисти
9. Наличие свища со скудным гнойным отделяемым с мелкими секвестрами характерно для:
- А. Подкожной формы панариция
 - Б. Костной формы панариция
 - В. Сухожильной формы панариция
 - Г. Суставной формы панариция
10. Минимальный болевой синдром характерен для:
- А. Кожной формы панариция
 - Б. Ногтевой (подногтевой) формы панариция
 - В. Суставной формы панариция
 - Г. Подкожной формы панариция
11. Наиболее частая локализация лимфаденита:
- А. Подчелюстная и шейная области
 - Б. Подмышечная область
 - В. Паховая область
 - Г. Кубитальная область
12. Температура тела 37,5-39 °С характерна для:
- А. Острой формы лимфаденита
 - Б. Подострой формы лимфаденита
 - В. Хронической формы лимфаденита
13. Температура тела 37-37,5 °С характерна для:
- А. Хронической формы лимфаденита
 - Б. Острой формы лимфаденита
 - В. Подострой формы лимфаденита
14. При заднешейном лимфадените необходимо исключить:
- А. Лимфолейкоз
 - Б. Лимфогранулематоз
 - В. Туберкулез
 - Г. Инфекционный мононуклеоз
15. Паховый лимфаденит в первую очередь следует дифференцировать с:
- А. Транзиторным кокситом
 - Б. Ушибом тазобедренного сустава
 - В. Ущемленной паховой грыжей

- Г. Растяжением приводящих мышц бедра
16. Паротит отличается от инфекционного паротита (свинки) следующим:
- А. Левосторонней локализацией Б. Правосторонней локализацией
 - В. Двусторонним поражением Г. Односторонним поражением
17. При гнойном мастите температура тела:
- А. Остается нормальной Б. 37,1-37,5 °С
 - В. 37,5-38 °С Г. 38-39 °С
18. Принципиальное отличие физиологического нагрубления грудных желез от мастита:
- А. Отсутствие болезненности
 - Б. Отсутствие четких границ припухлости
 - В. Незначительная гиперемия кожи Г. Двусторонний процесс
19. При мастите новорожденных процесс чаще бывает:
- А. Двусторонним Б. Правосторонним
 - В. Левосторонним
 - Г. Одинаково часто поражаются левая и правая железы
20. При гнойном мастите из выводных протоков отходит:
- А. Обильно молозиво Б. Скудно молозиво
 - В. Гноевидное отделяемое Г. Густой гной
21. Серозные и инфильтративные формы нелактационного мастита диагностируют в следующие сроки заболевания:
- А. 1-е сутки
 - Б. 1-3-и сутки
 - В. 3-5-е сутки Г. 5-7-е сутки
22. Мастит новорожденных в первую очередь следует дифференцировать с:
- А. Физиологическим нагрубанием грудных желез Б. Рожей
 - В. Дерматитами Г. Дерматозами
23. Основные клинические симптомы баланопостита:
- А. Выраженный отек крайней плоти и головки полового члена
 - Б. Рубцовое сморщивание кожи крайней плоти и задержка мочеиспускания
 - В. Боль, зуд в области головки полового члена и крайней плоти, гиперемия и отечность их кожи
 - Г. Ущемление головки полового члена в отверстии крайней плоти
24. Основной этиологический фактор баланопостита:
- А. Травма полового члена Б. Врожденный фимоз
 - В. Вторичный рубцовый фимоз
 - Г. Попадание возбудителей инфекции в препуциальный мешок
25. При физиологическом фимозе у детей старше 3-4 лет основное лечение:
- А. Теплые (50-60 °С) ванночки с мыльной (детское мыло) водой Б. Теплые (50-60 °С) ванночки с калия перманганатом
 - В. Расширение отверстия крайней плоти бескровным методом
 - Г. Оперативное вмешательство - круговое иссечение крайней плоти
26. При вторичном (рубцовом) фимозе у детей основное лечение:
- А. Теплые (50-60 °С) ванночки с мыльной (детское мыло) водой Б. Теплые (50-60 °С) ванночки с калия перманганатом
 - В. Расширение отверстия крайней плоти бескровным методом

- Г. Оперативное вмешательство - круговое иссечение крайней плоти
27. Среди осложнений баланопостита наиболее частое:
- А. Поверхностные изъязвления в препуциальном мешке
 - Б. Парафимоз - ущемление головки полового члена в отверстии крайней плоти
 - В. Гангрена крайней плоти
 - Г. Деформация полового члена
28. Развитие лейкоплакии может наблюдаться при:
- А. Остром баланопостите
 - Б. Хроническом баланопостите
 - В. Фимозе
 - Г. Вторичном фимозе
29. Острый парапроктит чаще начинается с температуры:
- А. 37,5-38 °С Б. 38-38,5 °С
 - В. 38,5-39 °С Г. 38-40 °С
30. У детей младшей возрастной группы хронический парапроктит возникает:
- А. В первые 1-2 мес жизни Б. На 3-4-й месяц жизни
 - В. На 5-6-й месяц жизни Г. На 6-9-й месяц жизни
31. У детей чаще встречается:
- А. Подкожный парапроктит
 - Б. Седалищно-прямокишечный парапроктит
 - В. Подслизистый парапроктит
 - Г. Тазово-прямокишечный парапроктит
32. При подкожном парапроктите определяется:
- А. Инфильтрат в «глубине» при ректальном исследовании
 - Б. Инфильтрат при визуальном исследовании, локализующийся рядом с прямой кишкой
 - В. Инфильтрат при ощупывании, который не имеет четких границ Г. Инфильтрат, выявляемый с помощью бимануального исследования
33. У детей реже всего встречается:
- А. Подкожный парапроктит
 - Б. Седалищно-прямокишечный парапроктит
 - В. Тазово-прямокишечный парапроктит Г. Позади-прямокишечный парапроктит
34. Основной метод лечения парапроктита:
- А. Консервативный с преимущественным использованием теплых сидячих ванн и лекарственных микроклизм
 - Б. Консервативный с преимущественным использованием антибиотиков широкого спектра действия
 - В. Консервативный с преимущественным использованием УФО и лазеротерапии (местно)
 - Г. Оперативный - вскрытие и дренирование гнойника
35. Основной метод лечения постинъекционного абсцесса:
- А. Консервативный с использованием антибиотиков широкого спектра действия
 - Б. Консервативный с использованием УФО и лазеротерапии (местно)
 - В. Пункционный с введением антибиотиков в полость абсцесса Г. Хирургический - вскрытие и дренирование гнойника
36. Диаметр пиогенной гранулемы, как правило, составляет:
- А. 3-5 мм Б. 5-10 мм

В. 5-20 мм

Г. 10-30 мм

37. Предрасполагающие факторы развития пиогенной гранулемы среди инфекционных агентов:

А. *Staphylococcus aureus* Б. *Bartonella*

В. *Streptococcus pyogenus* Г. *Escherichia coli*

38. Пиогенная гранулема чаще встречается в возрасте:

А. 1-3 года Б. 3-4 года

В. 5-6 лет Г. 6-7 лет

39. С целью предотвращения рецидива пиогенной гранулемы в процессе хирургического лечения необходимо:

А. Назначение антибиотиков широкого спектра действия Б. Использование лазеротерапии местно

В. Использование УФО местно

Г. Тщательное иссечение основания гранулемы

40. При полном удалении пиогенной гранулемы рецидивы наблюдаются:

А. В 5-10% случаев Б. В 10-15% случаев

В. В 15-20% случаев

Г. Рецидивов не бывает

41. Непосредственная причина врастания ногтя:

А. Ушиб пальца

Б. Ранение (порез) наружного края ногтевого ложа пальца

В. Обувь на высоких каблуках Г. Короткая и тесная обувь

42. Преимущественная локализация вросшего ногтя:

А. I пальцы стоп Б. II пальцы стоп

В. IV пальцы стоп Г. V пальцы стоп

43. Врожденный вросший ноготь встречается:

А. В 1% случаев Б. В 2% случаев

В. В 3% случаев Г. В 5% случаев

44. Основной метод лечения вросшего ногтя:

А. Консервативный - повязки с жидким антисептиком и антибактериальными мазями

Б. Консервативный - УФО и лазеротерапия (местно) В. Короткая прямая стрижка ногтей

Г. Хирургический - удаление отекающего ногтевого валика с подлежащим ногтем на всю длину ногтевой пластины

45. Рецидив заболевания отмечается:

А. В 1% случаев Б. В 2% случаев

В. В 3% случаев Г. В 5% случаев

46. Вросший ноготь дифференцируют с:

А. Панарицием Б. Дерматитом

В. Подногтевым экзостозом Г. Пиогенной гранулемой

47. Рентгенодиагностика инородного тела обязательно показана при:

А. Ранении осколками стекла Б. Ушибленных ранах

В. Огнестрельных ранах

Г. Наличии крупных деревянных заноз

48. Для извлечения занозы из-под ногтя производят:

А. Полное удаление ногтевой пластины

- Б. Резекцию дистальной половины ногтевой пластины
 - В. Клиновидное иссечение края ногтя над занозой
 - Г. Формирование в ногтевой пластине отверстия в проекции занозы
49. Кусочки стекла, попавшие «брызгами» на лицо или тело, целесообразно удалить:
- А. Струей воды
 - Б. Влажными салфетками
 - В. Ватными тампонами
 - Г. С помощью липкого пластыря
50. Способ Бердяева используют для:
- А. Снятия кольца с пальца
 - Б. Удаления инородного тела из полости сустава
 - В. Удаления инородного тела (занозы) из-под ногтя
 - Г. Удаления малоконтрастных и неконтрастных инородных тел
51. Основные признаки инородного тела пищевода:
- А. Тошнота, головная боль, боль в животе
 - Б. Внезапное расстройство глотания, боли в груди, слюнотечение
 - В. Боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
 - Г. Рвота, боль в животе, повышение температуры тела
52. Больной с инородным телом пищевода подлежит:
- А. Наблюдению в поликлинике у хирурга
 - Б. Наблюдению в поликлинике у педиатра
 - В. Немедленной госпитализации в педиатрическое отделение
 - Г. Немедленной госпитализации в детское хирургическое отделение
53. Инородное тело ЖКТ выходит естественным путем, как правило:
- А. В течение первых суток
 - Б. 2-3-х суток
 - В. 4-5-х суток
 - Г. 6-7-х суток
54. Обязательной госпитализации для наблюдения подлежат все дети, проглотившие предметы размерами:
- А. 1-2 см
 - Б. 3-4 см
 - В. 4-5 см
 - Г. Свыше 5 см
55. Обязательной госпитализации для наблюдения подлежат все дети, проглотившие:
- А. Металлические шарики
 - Б. Литиевые батарейки
 - В. Стеклянные шарики
 - Г. Остроконечные режущие предметы
56. Периодичность рентгенологического контроля детей, у которых в ЖКТ находится инородное тело, составляет:
- А. Ежедневно
 - Б. 1 раз в 2 дня
 - В. 1 раз в 3 дня
 - Г. 1 раз в 4 дня
57. Кефалогематома встречается у:

- А. 0,1-1,8% новорожденных
- Б. 2-3% новорожденных
- В. 4-5% новорожденных
- Г. 6-7% новорожденных

58. Кожа над кефалогематомой, как правило:

- А. Незначительно гиперемирована
- Б. Умеренно гиперемирована
- В. Резко гиперемирована
- Г. Не изменена

59. Кефалогематома, как правило, рассасывается в сроки:

- А. 3 дня после рождения
- Б. 5 дней после рождения
- В. 1 нед после рождения
- Г. 2-3 нед после рождения

60. Пунктировать обширную кефалогематому из-за опасности повторного кровотечения желательнее в сроки:

- А. Не ранее 10-х суток жизни
- Б. Не ранее 15-х суток жизни
- В. Не ранее 20-х суток жизни
- Г. Не ранее 25-х суток жизни

61. Вывих I пальца наиболее часто происходит в:

- А. Ладонную сторону
- Б. Тыльную сторону
- В. Локтевую сторону
- Г. Лучевую сторону

62. После вправления вывиха палец фиксируют гипсовой лонгетой сроком на:

- А. 2-3 дня
- Б. 4-5 дней
- В. 6-7 дней
- Г. 8-10 дней

63. При неполном вывихе I пальца пассивные движения:

- А. Не нарушены
- Б. Нарушены незначительно
- В. Отмечается пружинистая подвижность
- Г. Отсутствуют

64. При полном вывихе I пальца пассивные движения:

- А. Не нарушены
- Б. Нарушены незначительно
- В. Отмечается пружинистая подвижность
- Г. Отсутствуют

65. Наиболее часто подвывих головки лучевой кости встречается в возрасте:

- А. До 1 года
- Б. 1-3 года
- В. 4-5 лет
- Г. 6-7 лет

66. Очень редко подвывих головки лучевой кости встречается в возрасте:

- А. До 1 года
- Б. 1-3 года
- В. После 4 лет
- Г. После 5 лет

67. При рецидивах подвывиха головки лучевой кости срок иммобилизации конечности составляет:

- А. 2-3 дня
- Б. 1 нед
- В. 2-3 нед
- Г. 4-5 нед

68. После прекращения иммобилизации при подвывихе головки лучевой кости функция конечности восстанавливается в сроки:

- А. 3-5 дней
- Б. 1 нед
- В. 2-3 нед
- Г. 4-5 нед

69. Для поднадкостничного перелома не характерно:

- А. Отсутствие смещения отломков
- Б. Припухлость мягких тканей на ограниченном участке
- В. Крепитация отломков
- Г. Легкая болезненность при пальпации

70. Для поднадкостничного перелома не характерно:

- А. Резкое ограничение движений в травмированной конечности
- Б. Припухлость мягких тканей на ограниченном участке
- В. Отсутствие смещения отломков
- Г. Легкая болезненность при пальпации

71. Для поднадкостничного перелома не характерно:

- А. Движения в травмированной конечности незначительно ограничены
- Б. Отсутствие смещения отломков
- В. Легкая болезненность при пальпации
- Г. Патологическая подвижность отломков

72. Поднадкостничные переломы у детей срастаются в сроки:

- А. 5-6 дней
- Б. 1 нед
- В. 2-3 нед
- Г. 4-5 нед

73. Наиболее серьезные прогнозируемые осложнения эпифизеолиза:

- А. Выраженный отек околосуставных тканей
- Б. Резкая болезненность в области повреждения
- В. Хромота
- Г. Нарастающая деформация конечности (сустава)

74. При эпифизеолизах со смещением показано диспансерное наблюдение в течение:

- А. 6 мес
- Б. 12 мес
- В. 18 мес
- Г. 2-3 лет

75. Перелом копчика в основном является следствием:

- А. Выраженной диспропорции между развитием мышечной и костной систем
- Б. Прыжков в длину
- В. Прямого удара в область копчика
- Г. Выполнения упражнения «шпагат»

76. Показанием к оперативному лечению при переломе/вывихе копчика является:

- А. Боль при сидении
- Б. Выраженный отек мягких тканей в области копчика
- В. Наличие подкожной гематомы
- Г. Кокцигодия

77. При неосложненных формах гемартроза гипсовую повязку накладывают сроком на:

- А. 3-5 дней
- Б. 1 нед
- В. 2-3 нед
- Г. 4-5 нед

78. Асептическое воспаление синовиальной оболочки, сопровождающееся образованием серозного выпота и увеличением количества выпота в суставе, развивается после травмы в течение:

- А. 1-2 ч
- Б. 3-4 ч
- В. 5-6 ч
- Г. 7-8 ч

79. Для синовита характерно:

- А. Отсутствие движений и боль в суставе
- Б. Резкое ограничение движений и боль в суставе
- В. Умеренное ограничение движений и боль в суставе
- Г. Движения затруднены, но безболезненны

80. Показания к оперативной артроскопии при гемартрозе:

- А. Сильная боль в суставе
- Б. Резкое ограничение движений в суставе
- В. Выраженный отек параартикулярных тканей
- Г. Отрыв костно-хрящевых фрагментов сочлененных костей

81. При легких формах растяжения связок у детей накладывают:

- А. Простую бинтовую повязку
- Б. Эластичную давящую повязку
- В. Гипсовую лонгету
- Г. Циркулярную гипсовую повязку

82. При тяжелых формах растяжения связок у детей накладывают:

- А. Эластичную давящую повязку
- Б. Гипсовую лонгету
- В. Циркулярную гипсовую повязку
- Г. Ортопедический тугор

83. Для ожога I степени характерно:

- А. Гибель всей дермы
- Б. Некроз кожи и расположенных под ней тканей
- В. Повреждение только клеток эпидермиса
- Г. Отслойка эпидермиса с образованием пузырей

84. Для ожога II степени характерно:

- А. Гибель всей дермы
- Б. Некроз кожи и расположенных под ней тканей
- В. Повреждение только клеток эпидермиса
- Г. Отслойка эпидермиса с образованием пузырей

85. Госпитализация новорожденных с I-II степенью ожога показана при площади поражения кожи:

- А. >1%
- Б. >3%
- В. >5%
- Г. >10%

86. Госпитализация детей грудного и ясельного возраста с I-II степенью ожога показана при площади поражения кожи:

- А. >1%
- Б. >3%
- В. >5%
- Г. >10%

87. Госпитализация детей старше 7 лет с I-II степенью ожога показана при площади поражения кожи:

- А. >1%
- Б. >3%
- В. >5%
- Г. >10%

88. Госпитализация детей в возрасте от 3 до 7 лет с I-II степенью ожога показана при площади поражения кожи:

- А. >1%
- Б. >3%
- В. >5%
- Г. >10%

89. Ознобление у ребенка развивается при длительном воздействии холодного окружающего воздуха температурой:

- А. -2...-3 °С
- Б. -4...-5 °С
- В. 0...+1 °С
- Г. <5 °С

90. У грудных детей при озноблении характерным является поражение:

- А. Ушных раковин
- Б. Щек
- В. Пальцев рук
- Г. Пальцев ног

91. При укусе собакой ткани в процессе первичной хирургической обработки раны максимально сохраняют при локализации раны на:

- А. Кисти
- Б. Предплечье
- В. Плече
- Г. Голове

92. Принцип наложения жгута на конечность при укусе змеи:

- А. Ниже места укуса
- Б. На место укуса
- В. Выше места укуса, непосредственно над точечными ранками
- Г. Проксимальнее места укуса и границы отека

93. Укус пчелы (осы) сопровождается:

- А. Легкой локальной болью
- Б. Отсутствием боли в момент укуса

- В. Резкой локальной болью
- Г. Умеренной локальной болью

94. Яд необходимо выдавить из раны после укуса змеи не менее чем через:

- А. 60 мин
- Б. 30 мин
- В. 20 мин
- Г. 10 мин

95. Дети с укусом змей должны быть госпитализированы в стационар (хирургическое отделение, реанимационное отделение):

- А. Не менее чем через 1 сут после укуса
- Б. Не менее чем через 12 ч после укуса
- В. Не менее чем через 6 ч после укуса
- Г. В срочном порядке

96. При укусе кобры наиболее характерный симптом:

- А. Жгучая боль
- Б. Восходящий вялый паралич
- В. Нарастающий отек
- Г. Резкая бледность кожных покровов

97. Оперативное лечение короткой уздечки языка оптимально проводить в возрасте:

- А. 10-20 дней
- Б. 1-1,5 мес
- В. 2-3 мес
- Г. Старше 1 года

98. После рассечения короткой уздечки языка ребенка можно кормить:

- А. Через 20-30 мин
- Б. Через 45-60 мин
- В. Через 1-1,5 ч
- Г. Через 2-3 ч

99. Срединная киста шеи определяется в возрасте:

- А. 1-6 мес
- Б. 6-9 мес
- В. 1-5 лет
- Г. Старше 6 лет

100. Первым клиническим проявлением бокового свища шеи является:

- А. Локальная болезненность
- Б. Локальная припухлость
- В. Локальная гиперемия
- Г. Спонтанно возникающие слизистые выделения из наружного отверстия

101. Врожденные кисты и свищи шеи целесообразно оперировать в возрасте:

- А. До 6 мес
- Б. В 1 год
- В. В 1,5 года
- Г. После 2 лет

102. Размер срединной кисты шеи не превышает:

- А. 3-5 мм
- Б. 6-7 мм
- В. 8-10 мм
- Г. 15-30 мм

103. Наиболее типичная локализация сухожильного ганглия:

- А. Область голеностопного сустава
- Б. Тыльная поверхность стопы
- В. Ладонная поверхность кисти
- Г. Тыльная поверхность кисти

104. Вероятность рецидива ганглия после операции составляет:

- А. 0%
- Б. 1-2%
- В. 3-4%
- Г. 5-6%

105. Максимальные размеры ганглия:

- А. 5-6 мм
- Б. 8-10 мм
- В. 15-20 мм
- Г. 25-30 мм

106. Типичная локализация гигромы:

- А. Передняя поверхность локтевого сустава
- Б. Подколенная ямка
- В. Передняя поверхность коленного сустава
- Г. Передняя поверхность голеностопного сустава

107. Свищ желточного протока встречается чаще свища мочевого хода в:

- А. 2 раза
- Б. 3-4 раза
- В. 5-8 раз
- Г. 9-10 раз

108. Больных с полными свищами желточного протока оперируют:

- А. В 6 мес
- Б. В 1 год
- В. В 2 года
- Г. По установлении диагноза

109. Процесс самопроизвольного закрытия неполного свища пупка наступает в промежутке:

- А. Между 1-м и 2-м месяцами жизни
- Б. Между 3-м и 4-м месяцами жизни
- В. Между 4-м и 12-м месяцами жизни
- Г. Между 12-м и 24-м месяцами жизни

110. При неполном свище пупка зонд проникает в свищевое отверстие на глубину:

- А. 2-3 мм
- Б. 3-5 мм
- В. 5-10 мм
- Г. 15-20 мм

111. Небольшая вентральная грыжа - дефект в апоневрозе - составляет:

- А. Не более 1 см
- Б. Не превышает 8-10 см
- В. Свыше 10-12 см
- Г. Более 15 см

112. Большая вентральная грыжа - дефект в апоневрозе - составляет:

- А. Не более 1 см
- Б. Не превышает 8-10 см
- В. Свыше 10-12 см
- Г. Более 15 см

113. Гигантская вентральная грыжа - дефект в апоневрозе - составляет:

- А. Не более 1 см
- Б. Не превышает 8-10 см
- В. Свыше 10-12 см
- Г. Более 15 см

114. У детей, родившихся с массой тела ниже 1500 г, пупочные грыжи зафиксированы:

- А. В 30% случаев
- Б. В 55% случаев
- В. В 65% случаев
- Г. В 75% случаев

115. Оперативное лечение пупочной грыжи с фасциальным дефектом более 1 см и хоботкообразным выпячиванием пупка показано в возрасте:

- А. 1 мес
- Б. 6 мес
- В. 1-2 года
- Г. 3-4 года

116. Оперативное лечение пупочной грыжи с фасциальным дефектом более 1 см показано в возрасте:

- А. 1 мес
- Б. 6 мес

- В. 1-2 года
- Г. 3-4 года

117. Грыжу белой линии живота следует дифференцировать с:

- А. Липомой
- Б. Пупочной грыжей
- В. Диастазом прямых мышц живота
- Г. Фибромой

118. У девочек младшего возраста основная методика лечения сращения малых половых губ:

- А. Сидячие ванны с калия перманганатом
- Б. Аппликации с линиментом синтомицина
- В. Разъединение спайки пуговчатым зондом
- Г. Разъединение сращения хирургическим путем под общей анестезией

119. У девочек старшего возраста основная методика лечения сращения малых половых губ:

- А. Сидячие ванны с калия перманганатом
- Б. Аппликации с линиментом синтомицина
- В. Разъединение спайки пуговчатым зондом
- Г. Разъединение сращения хирургическим путем под общей анестезией

120. При выпадении слизистой оболочки прямой кишки консервативную терапию проводят в сроки:

- А. 10-20 дней
- Б. 20-30 дней
- В. 30-40 дней
- Г. 2-4 мес

121. Анальные трещины у детей развиваются обычно в возрасте:

- А. 0-1 мес
- Б. 1-6 мес

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача № 1

Диагноз: паронихия II пальца правой кисти.

Лечение консервативное: УВЧ-терапия, местно - аппликации с раствором диметилсульфоксида или с линиментом синтомицина.

Задача № 2

Диагноз: подкожный панариций I пальца левой кисти.

Лечение консервативное: антибактериальные препараты широкого спектра действия, УВЧ-терапия, местно - аппликации с раствором диметилсульфоксида или с линиментом синтомицина. При отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 1-2 сут показано направление в специализированный детский стационар для оперативного лечения.

Задача № 3

Диагноз: подмышечный лимфаденит.

Лечение консервативное: антибактериальная терапия, УВЧ, местно - аппликации с раствором диметилсульфоксида, обильное питье.

Задача № 4

Диагноз: правосторонний паротит.

Лечение консервативное: местно - сухое тепло, антибактериальная терапия, УВЧ-терапия.

Задача № 5

Диагноз: гнойный мастит.

Лечение консервативное: полуспиртовые компрессы на область воспаления, физиотерапия (УВЧ).

Задача № 6

Диагноз: нелактационный мастит.

Лечение консервативное: антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные препараты, физиотерапия.

В случае абсцедирования воспалительного процесса больную необходимо направить в хирургический стационар для оперативного лечения.

Задача № 7

Диагноз: баланопостит.

Лечение консервативное: теплые ванночки с мыльным раствором (2-3 раза в день), обработка кожи крайней плоти и головки полового члена 5-10% линиментом синтомицина.

Задача № 8

Диагноз: баланопостит, вторичный фимоз.

Лечение оперативное: круговое иссечение крайней плоти.

Задача № 9

Диагноз: парапроктит. Лечение: хирургическое.

Задача № 10

Диагноз: хронический парапроктит. Лечение: хирургическое. Задача № 11

Диагноз: постинъекционный абсцесс правой ягодичной области. Лечение хирургическое: вскрытие и дренирование абсцесса.

Задача № 12

Диагноз: пиогенная гранулема I пальца левой стопы. Лечение хирургическое: иссечение гранулемы.

Задача № 13

Диагноз: вросший ноготь первого пальца левой стопы. Лечение оперативное: удаление отека ногтевого валика с подлежащим ногтем на всю длину ногтевой пластины.

Задача № 14

Диагноз: инородное тело (игла кактуса) мягких тканей ногтевой фаланги II пальца правой кисти.

Лечение: можно попытаться удалить инородное тело тонким пинцетом или зажимом в амбулаторных условиях.

Задача № 15

Диагноз: инородное тело (камень?) левого коленного сустава.

Лечение: направление в хирургический стационар для удаления инородного тела.

Задача № 16

Диагноз: подозрение на инородное тело пищевода. Лечение: показана немедленная госпитализация в детский хирургический стационар.

Задача № 17

Диагноз: инородное тело (нагрудный значок?) прямой кишки. Лечение: направление в хирургический стационар для удаления инородного тела.

Задача № 18

Диагноз: кефалогематома правой теменной области.

Дифференциальный диагноз: субпапоневротическая гематома, перелом костей свода черепа?

Показаны нейросонография, краниография, тщательное исследование неврологического статуса.

Задача № 19

Диагноз: кефалогематома теменной области. Дифференциальный диагноз: мозговая грыжа? Показаны нейросонография, краниография, тщательное исследование неврологического статуса.

Задача № 20

Диагноз: закрытый полный неосложненный вывих I пальца правой кисти в пястно-фаланговом суставе.

Лечение: закрытое вправление вывиха под общим обезболиванием.

Задача № 21

Диагноз: закрытый полный осложненный (ущемление сухожилия длинного сгибателя) вывих I пальца левой кисти в пястно-фаланговом суставе. Лечение: направление в детский хирургический стационар.

Задача № 22

Диагноз: подвывих головки левой лучевой кости. Лечение: вправление подвывиха.

Задача № 23

Диагноз: закрытый поднадкостничный перелом дистального мета-физа лучевой кости.

Лечение: иммобилизация конечности в среднефизиологическом положении глубокой гипсовой лонгетой от головок пястных костей до верхней трети плеча.

Задача № 24

Диагноз: закрытый эпифизеолиз дистального отдела большеберцовой кости.

Лечение: иммобилизация нижней конечности в среднефизиологическом положении глубокой гипсовой лонгетой от кончиков пальцев до верхней трети голени.

Задача № 25

Диагноз: закрытый вывих копчика.

Лечение: постельный режим на животе сроком 2 нед.

Задача № 26

Диагноз: гемартроз коленного сустава.

Лечение: пункция сустава, эвакуация из полости сустава излившейся крови, на переднюю поверхность сустава наложить ватно-марлевую «баранку», иммобилизация травмированной конечности гипсовой лонгетой.

Задача № 27

Диагноз: растяжение наружных боковых связок голеностопного сустава.

Лечение: эластичная давящая повязка на голеностопный сустав.

Задача № 28

Диагноз: ожог I степени горячей жидкостью 2% передней поверхности туловища.

Лечение: стерильные салфетки с 0,5% раствором нитрофурала (фу-рацилина♣) на ожоговую рану. Направление ребенка в хирургический стационар.

Задача № 29

Диагноз: ожог пламенем II степени тыльной поверхности кисти.

Лечение: стерильные салфетки с 0,5% раствором нитрофурала (фу-рацилина♣) на ожоговую рану. Лечение ребенка в амбулаторных условиях - у хирурга поликлиники.

Задача № 30

Диагноз: ознобление ушных раковин.

Лечение: маме рекомендовано перед прогулкой смазывать ушные раковины ребенка детским кремом и надевать ему теплую шапочку, закрывающую уши. Задача № 31

Диагноз: укушенные (собакой) раны левой кисти.

Лечение: раны промыть 3% раствором перекиси водорода (мыльным раствором), раствором нитрофурала (фурацилина♣). Кожу вокруг смазать йодом и спиртом. Наблюдение врача.

Задача № 32

Диагноз: укус пчелы.

Лечение: удалить жало, место припухлости и гиперемии промыть мыльной водой, смазать средством для ускорения заживления, местно - холод.

Задача № 33

Диагноз: врожденное укорочение уздечки языка. Лечение: в бессосудистой зоне укороченную уздечку рассечь ножницами по направлению к корню языка.

Задача № 34

Диагноз: срединная киста шеи. Лечение: хирургическое.

Задача № 35

Диагноз: боковой свищ шеи. Лечение: хирургическое.

Задача № 36

Диагноз: ганглий тыльной поверхности кисти. Лечение: хирургическое.

Задача № 37

Диагноз: гигрома правой подколенной ямки. Лечение: хирургическое.

Задача № 38

Диагноз: врожденный полный свищ пупка.

Лечение оперативное: в условиях детского специализированного стационара.

Задача № 39

Диагноз: врожденный неполный свищ пупка.

Лечение консервативное: соблюдать тщательный туалет пупка. Грануляции на дне ямки прижигать бриллиантовым зеленым (ляписным карандашом). Наблюдение врача.

Задача № 40

Диагноз: небольшая вентральная грыжа передней брюшной стенки. Лечение оперативное: в условиях детского специализированного стационара.

Задача № 41

Диагноз: пупочная грыжа. Лечение: оперативное.

Задача № 42

Диагноз: грыжа белой линии живота. Лечение: оперативное.

Задача № 43

Диагноз: сращение малых половых губ.

Лечение: хирургическая манипуляция - пуговчатым зондом, смазанным вазелиновым маслом, движением спереди назад разъединить спайку между малыми половыми губами.

Задача № 44

Диагноз: выпадение слизистой оболочки прямой кишки.

Лечение: восстановление статуса питания, устранение нарушений дефекации и нормализация характера стула, установление правильного режима опорожнения кишечника. Задача № 45

Диагноз: трещина анального отверстия.

Лечение: очистительная клизма, ванночки со слабым раствором калия перманганата, ректальные свечи, местно - линимент синтомицина, метилурацил, хлорамфеникол (левомеколь), солкосерил (в виде геля или мази).

Задача № 46

Лечение: криотерапия.

Задача № 47

Лечение хирургическое в детском специализированном стационаре.

Задача № 48

Лечение хирургическое в детском специализированном стационаре.

Задача № 49

Лечения не требуется, показано динамическое врачебное наблюдение.

К тестовым заданиям

1. В; 2. Г; 3. Б; 4. А; 5. Г; 6. Б; 7. Г; 8. Г; 9. Б; 10. А; 11. А; 12. А; 13. В; 14. Г; 15. В; 16. Г; 17. В; 18. Г; 19. Г; 20. В; 21. Б; 22. А; 23. В; 24. Г; 25. В; 26. Г; 27. Б; 28. Б; 29. Г; 30. А; 31. А; 32. Б; 33. Б; 34. Г; 35. Г; 36. В; 37. Б; 38. Г; 39. Г; 40. Г; 41. Г; 42. А; 43. Б; 44. Г; 45. А; 46. В; 47. В; 48. В; 49. Г; 50. А; 51. Б; 52. Г; 53. Б; 54. Г; 55. Г; 56. В; 57. А; 58. Г; 59. Г; 60. А; 61. Б; 62. Г; 63. В; 64. Г; 65. Б; 66. Г; 67. В; 68. В; 69. В; 70. А; 71. Г; 72. В; 73. Г; 74. Г; 75. В; 76. Г; 77. В; 78. В; 79. Г; 80. Г; 81. Б; 82. Б; 83. В; 84. Г; 85. А; 86. Б; 87. Г; 88. В; 89. В; 90. Б; 91. Г; 92. Г; 93. В; 94. Г; 95. Г; 96. Б; 97. В; 98. Г; 99. В; 100. Г; 101. Г; 102. Г; 103. Г; 104. Б; 105. В; 106. Б; 107. В; 108. Г; 109. В; 110. Г; 111. Б; 112. В; 113. Г; 114. Г; 115. В; 116. Г; 117. В; 118. В; 119. Г; 120. Г; 121. Г; 122. Г; 123. В; 124. А; 125. В; 126. А; 127. Г; 128. Б; 129. Б; 130. А; 131. Г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

Рис. 3. Вросший ноготь первого пальца стопы

Рис. 4. Инородное тело (кусочек металла) мягких тканей области коленного сустава

Рис. 21. Растяжение наружных боковых связок стопы

Рис. 24. Раны плеча от укуса собаки у ребенка, имеется выраженная подкожная гематома

Рис. 29. Простая гемангиома лица

Рис. 30. Кавернозная гемангиома стопы