

ДВНЗ “ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ”

КАФЕДРА ДИТЯЧИХ ХВОРОБ З ДИТЯЧОЮ ХІРУРГІЄЮ

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор з науково-педагогічної роботи

проф. А.Г. Шульгай

“ ____ ” _____ _2016_ року

РОБОЧА ПРОГРАМА

Хірургія з дитячою хірургією та з онкологією

дисципліна «ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ»

напрямок підготовки 1201 МЕДИЦИНА

спеціальність 7.12010001 «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА»

факультет медичний

навчальний рік 2016-2017

Розробники: к.мед.н., доц., кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Крицький І.О.,
к.мед.н., доц., кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Гощинський П.В.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією
„21” червня 2016 року, протокол № 18

Завідувач кафедри, професор

О.Є. Федорців

© _____, 2016 рік

© _____, 2017 рік

**Тернопіль
2016**

1. ОПИС НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Найменування показників	Галузь знань, напрям підготовки, освітньо-кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни
		денна форма навчання
Кількість кредитів-1	Галузь знань 1201 Лікувальна справа (шифр і назва) Спеціальність: 7.12010001 «Лікувальна справа»	Нормативна
		Рік підготовки
		6-й
		Семестр
Загальна кількість годин – 30		11-й/12-й
		Лекції
Тижневих годин для денної форми навчання: аудиторних – 18 самостійної роботи студента – 12	Освітньо-кваліфікаційний рівень: спеціаліст	-
		Практичні
		18 год
		Лабораторні
		-
		Самостійна робота
		12 год.
		Індивідуальні завдання:
		-
		Вид контролю:
Тестовий модульний контроль		

2. ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА І СТРУКТУРА ДИСЦИПЛІНИ

Програма з дисципліни «*дитяча хірургія*» для студентів вищих медичних навчальних закладів освіти України III-IV рівнів акредитації складена для:

- спеціальності 7.12010001 «Лікувальна справа», галузі знань 1201 «Медицина», для освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» із кваліфікацією «Лікар»,
- спеціальності 7.12010003 «Медико-профілактична справа», галузі знань 1201 «Медицина», для освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст» із кваліфікацією «Лікар»,

Програма складена відповідно до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня «Спеціаліст», відповідних кваліфікацій та спеціальностей у вищих навчальних закладах МОЗ України з урахуванням освітньо-кваліфікаційної характеристики галузевого стандарту вищої освіти України з даного напрямку (наказ МОЗ України №539 від 08.07.2010 р., постанова Кабінету Міністрів України від 29.04.2015 р. №266 «Про затвердження переліку галузей знань і спеціальностей») і робочих навчальних планів, обговорених і затверджених на засіданні Вченої Ради ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» 31.05.2016 Протокол №18 та введених в дію наказом ректора по університету № 225 від 01.06 2016 р.

ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ як навчальна дисципліна:

- а) базується на попередньо вивчених студентами в ТДМУ на 1-5 курсах таких предметів як "Загальна хірургія", "Анатомія людини", "Нормальна фізіологія", "патологічна фізіологія"; Факультетська хірургія, Фармакологія, Педіатрія
- б) забезпечує високий рівень загально-медичної підготовки;
- в) формує студентам фундамент та бачення для подальшого засвоєння ними знань із профільних теоретичних і клінічних професійно-практичних дисциплін (медичної хімії, медичної генетики, клінічної імунології, інфекційних хвороб із епідеміологією, внутрішньої медицини, хірургії, педіатрії тощо).

Термін вивчення навчальної дисципліни «дитяча хірургія» здійснюється студентами на V курсі, в I або II семестрах.

2. МЕТА ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

МЕТА навчальної дисципліни «**дитяча хірургія**» впливає із цілей освітньої-професійної програми підготовки випускників вищого медичного навчального закладу та визначається змістом тих системних знань та умінь, котрими повинен оволодіти лікар-спеціаліст. .

Метою вивчення модулів з дитячої хірургії є кінцеві цілі. Кінцевими цілями вивчення дитячої хірургії є:

1. Виявити різні клінічні прояви вад розвитку, хірургічних захворювань, травм та їх ускладнення у дітей.
2. Визначити етіологічні та патогенетичні фактори найбільш поширених хірургічних захворювань у дітей.
3. Планувати обстеження хворого, інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень при типовому та атиповому перебігу хірургічних захворювань у дітей та їх ускладненнях.
4. Проводити диференціальну діагностику, обґрунтовувати і формулювати попередній клінічний діагноз вад розвитку та хірургічних захворювань у дітей.
5. Визначити лікувальну тактику ведення дитини з вадами розвитку та хворої на основні хірургічні захворювання та травми.
6. Трактувати загальні принципи лікування, реабілітації, профілактики при вадах розвитку, хірургічних захворюваннях у дітей.
7. Діагностувати невідкладні стани в клініці дитячої хірургії і визначити тактику надання термінової медичної допомоги дітям при хірургічних вадах розвитку, захворюваннях, травмах та ускладненнях.
- 8.

У результаті вивчення дисципліни «дитяча хірургія» студент повинен знати:

1. Ембріогенез природжених кіст легенів.
2. Клінічний перебіг природжених кіст легенів.
3. Клінічні прояви кістозних захворювань легенів
4. Лікування природжених кіст легенів.
5. Етіологія природженої емфіземи легень.
6. Клінічні прояви та форми природженої емфіземи.
7. Лікування природженої емфіземи легень.
8. Атрезія стравоходу та "Уасієгі-асоціація".
9. Форми атрезії стравоходу та клінічні прояви.
10. Діагностика атрезії стравоходу.
11. Лікування атрезії стравоходу.
12. Класифікація діафрагмальних гриж.
13. Клінічні прояви діафрагмальних гриж. "Асфектичне защемлення".
14. Діагностика та дифдіагностика діафрагмальних гриж.
15. Оперативне лікування діафрагмальних гриж.
16. Природжений пілоростеноз. Клініка. Діагностика. Лікування.
17. Класифікація природженої кишкової непрохідності.
18. Клініка високої та тонко-кишкової непрохідності.
19. Клініка низької кишкової непрохідності.
20. Діагностика природженої кишкової непрохідності.
21. Об'єм оперативного втручання при природженій кишковій непрохідності.
22. Грижа пупкового канатика. Класифікація. Клініка. Лікування.
23. Гастрошизис. Клініка. Дифдіагностика. Лікування.
24. Пупова грижі. Клініка. Лікування.
25. Пахова грижа. Клініка. Дифдіагностика. Лікування. Ускладнення.
26. Гідронефроз. Причини. Клініка. Діагностика. Лікування.
27. Міхурово-сочовідний рефлекс. Класифікація. Клініка. Діагностика. Лікування.
28. Вади розвитку сечівника. Методи діагностики, ускладнення. Лікування.
29. Природжений вивих стегна. Рання діагностика.
30. Природжений вивих стегна. Методи дослідження.
31. Лікування природженого вивиху стегна у дітей першого року життя.
32. Лікування природженого вивиху стегна у дітей старшого віку.
33. Природжена клишоногість. Клініка.

34. Лікування природженої клишоногості /консервативне та оперативне/.
35. Природжена кришова. Клініка. Діагностика.
36. Лікування природженої кривошії /консервативне та оперативне/.

У результаті вивчення дисципліни «дитяча хірургія» студент повинен вміти:

1. Збирання анамнезу.
2. Проведення огляду хворого, пальпація, аускультация.
3. Описання об'єктивного статусу та визначення клінічних і рентгенологічних симптомів при основних хірургічних захворюваннях.
4. Обґрунтування плану обстеження і лікування.
5. Складання плану обстеження і лікування.
6. Визначення показань і протипоказань до операції, особливостей ведення післяопераційного періоду.
7. Визначення групи крові і резус-фактора.
8. Венепункція, венесекція, внутрішньом'язові, внутрішньовенні та підшкірні Ін'єкції. Тимчасова зупинка кровотечі.
9. Відновлення прохідності дихальних шляхів.
10. Фіксація язика.
11. Проведення штучної вентиляції легень "рот до рота", "рот до носа" (на манекені).
12. Проведення непрямого масажу серця (на манекені).
13. Внутрішньосерцеве введення лікарських засобів.
14. Виконання пункцій плевральної порожнини, суглобів у немовлят, гематоми, гнояка та довгих трубчастих кісток, вимірювання внутрішньокісткового тиску.
15. Виконання лапароцентеза, лапароскопії.
16. Виконання новокаїнових блокад.
17. Накладання асептичних, опікових, корегуючих гіпсових пов'язок.
18. Розтин гнояка, панарицій, первинна хірургічна обробка ран, накладання та зняття швів.
19. Промивання шлунку, кишечника. Постановка клізм.
20. Проведення пальцевого обстеження прямої кишки, огляд її дзеркалом, оцінка даних.
21. Надання невідкладної допомоги при шоку, комах, коліках, утопленні, раптовій зупинці серця, кровотечах.
22. Катетеризація сечового міхура.
23. Інтерпретація даних рентгенограм, аналізів крові, сечі, шлункового вмісту та ін.
24. Оформлення медичної документації хірургічних хворих.
25. Методика ендоскопічної діагностики та ендоскопічних хірургічних втручань на органах черевної порожнини та грудної клітки.
26. Накладання стременців Павлика, апарата Гневківського, шини Віленського

У результаті вивчення дисципліни «дитяча хірургія» студент повинен оволодіти навичками:

Курація хворого з вродженою кишковою непрохідністю

Курація хворого з незащемленими та защемленими килами живота

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією

„_21” _червня_ 2016 року, протокол № _18

Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

4. ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Програма дисципліни структурована

і включає в себе розділ. **ВАДИ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ:**

- а)Вади розвитку у дітей, діагностика, лікувальна тактика та надання екстренної медичної допомоги.
- б)Природжені кісти Легенів, гіпоплазія легенів. А. Природжені кісти легенів.
- в)Природжена часткова емфізема.
- г)Атрезія стравоходу
- д)Діафрагмальні грижі
- е)Вади розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю.
- ж) Природжений пілоростеноз у дітей. Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування.
- з)Вади розвитку, що супроводжуються природженою кишковою непрохідністю
- к)Вади розвитку передньої черевної стінки, крипторхізм.
- л)Вади розвитку сечової та статеві системи.
- м)Гідронефроз.
- н)Міхуро-сечовідний рефлекс (МСР)
- о)Вади розвитку сечівника та сечового міхура.
- п)Вади розвитку опорно-рухового апарату.
- р)Природжений вивих стегна.
- с)Природжена клишоногість.
- т)Природжена м'язова кривошия.

Видами навчальних занять згідно з навчальним планом є:

- А) лекції;
- Б) практичні заняття (семінарські заняття);
- В) самостійна робота студентів;
- Г) консультації.

Лекції охоплюють основний теоретичний матеріал окремої або кількох тем навчальної дисципліни, розкривають основні проблемні питання відповідних розділів дисципліни.

Практичні заняття (семінарські заняття) передбачають детальний розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни з викладачем і формування вміння та навичок їх практичного застосування шляхом індивідуального виконання студентом сформульованих завдань та вирішення ситуаційних задач.

Самостійна робота студентів передбачає оволодіння студентом навчальним матеріалом, а саме самостійне опрацювання окремих тем навчальної дисципліни у час, вільний від обов'язкових навчальних занять, а також передбачає підготовку до усіх видів контролю. Навчальний матеріал дисципліни, передбачений робочим навчальним планом для засвоєння студентом у процесі самостійної роботи, виноситься на підсумковий контроль поряд з навчальним матеріалом, який опрацьовувався при проведенні аудиторних занять.

Консультації (індивідуальні або групові) проводяться з метою допомоги студентам розібратись та роз'яснити складні для самостійного осмислення питання, вирішити складні проблеми, які виникли при самостійному опрацюванні навчального матеріалу при підготовці до практичного заняття, підсумкового заняття або перед іспитом.

При вивченні дисципліни використовують адекватні методи навчання.

За джерелами знань використовують методи навчання: словесні – розповідь, пояснення, лекція, інструктаж; наочні – демонстрація, ілюстрація; практичні – практична робота, вирішення задачі. За характером логіки пізнання використовуються методи: аналітичний, синтетичний, аналітико-синтетичний, індуктивний, дедуктивний. За рівнем самостійної розумової діяльності використовуються методи: проблемний, частково-пошуковий, дослідницький.

5. ЗМІСТ ПРОГРАМИ

ВАДИ РОЗВИТКУ У ДІТЕЙ

Конкретні цілі:

1. Засвоїти класифікацію вад розвитку респіраторної системи, стравоходу та діафрагми.
2. Розпізнати основні клінічні прояви вад розвитку, що супроводжуються дихальною недостатністю.
3. Диференціювати вади розвитку.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження: зондування стравоходу, ультразвукове дослідження, фіброезофагогастроуденоскопія, рентгенографія (обзорна, контрастна), бронхографія, бронхоскопія, комп'ютерна томографія, ангіографія, тощо, лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нт, НЬ, ОЦК), імунологічні.
5. Продемонструвати огляд дитини з вадою розвитку стравоходу, діафрагмальною грижею та лобарною емфіземою.
6. Ідентифікувати особливості перебігу вад розвитку.
7. Запропонувати алгоритм дії лікаря та тактику ведення хворих з вадами розвитку.
8. Трактувати загальні принципи лікування вад розвитку.

Тема Вад розвитку у дітей, діагностика, лікувальна тактика та надання екстренної медичної допомоги.

Розглядаються загальні питання частоти вад розвитку, тератогенез, спадковість, чинники виникнення, перебіг пологів, методи діагностики, загальні методи передопераційної підготовки, транспортування та надання спеціалізованої лікарської допомоги.

Тема Природжені кісти Легенів, гіпоплазія легенів. А. Природжені кісти легенів.

Актуальність проблеми

1. Природжені кісти легенів зустрічаються від 3 до 5% випадків від загальної кількості хворих з неспецифічними захворюваннями легень.
2. При порушенні ембріогенезу виникають поодинокі або множинні кісти легень залежно від терміну впливу ендогенних і екзогенних чинників
3. За перебігом кісти поділяють на не ускладненні та ускладненні.
Ускладненні природжені кісти розподіляються таким чином: нагноєння кісти, напружена кіста, прорив у плевральну порожнину.
4. Клінічні прояви:
відставання половини грудної клітки в акті дихання на боці ураження,
перкуторно над легеневим полем - тимпаніт,
межі серця зміщенні у здоровий бік.
5. Лікування природжених кіст легенів хірургічне після встановлення діагнозу.
При напружених кістах зі зміщенням середостіння у передопераційному періоді проводять черезшкірну пункцію кісти та її дренування для зменшення внутрішньогрудного тиску.
Об'єм оперативного втручання насамперед залежить від розміру кісти та поширення кістозного утворення на прилеглі тканини.

Б. Гіпоплазія легенів - недорозвинення всіх елементів легеневої структури. Серед вроджених вад розвитку легенів, складають 85%. Проста та кістозна форми.
Клінічні прояви залежать від об'єму недорозвинення легені та наявності інфекції.

В діагностиці важливі фізичні, функціональні методи дослідження, рентгено-бронхологічне обстеження, ангіопульмонографія.

Методи лікування: консервативний та оперативний, залежить від обсягу ураження, наявності ускладнення, особливостей перебігу хвороби, стану функції легеневого дихання.

Оперативне лікування: типова резекція, економна резекція, сегментарна резекція, екстирпація бронхів, комбіновані резекції.

Тема Природжена часткова емфізема.

Актуальність проблеми.

1. Природжена часткова емфізема досить рідка вада розвитку респіраторної системи, від ранньої діагностики залежать наслідки захворювання.

2. Етіологія природженої часткової емфіземи полягає у аплазії гладеньких м'язів термінальних респіраторних бронхіол, відсутності проміжних генерацій дрібних бронхів або аплазію респіраторного відділу частки легені.

3. Клінічні прояви залежать від форми природженої часткової емфіземи: компенсована, субкомпенсована, декомпенсована.

Компенсована форма діагностується у дітей понад один рік. У дитини виникає задишка, часті простудні захворювання, спостерігається деформація грудної клітки з вибуханням ураженої половини. Ця форма може бути виявлена випадково під час рентгенологічного дослідження. Субкомпенсована форма проявляється значно раніше, у віці 1-3 місяці, у дитини поступово нарастають розлади дихання або напади ціанозу, які швидко проходять. Під час рентгенологічного дослідження виявляють ваду розвитку.

Декомпенсована форма (гостра, локалізована) природженої емфіземи діагностується у новонароджених у перші дні життя. Ця форма характеризується проявом синдрому внутрішньолегового напруження. У дитини прогресивно нарастає дихальна недостатність. На рентгенограмі на боці ураження виявляють затемнення, купол діафрагми сплюснений, зміщення органів середостіння у здоровий бік.

4. Лікування природженої емфіземи новонароджених тільки оперативне. При декомпенсованих формах втручання виконують в ургентному порядку, при субкомпенсованих - строки оперативного лікування залежать від стану дитини та перебігу захворювання, при компенсованих - лікування у плановому порядку.

Тема Атрезія стравоходу

Розвиток стравоходу в ембріональному періоді, порушення процесів вакуолізації в солідній стадії розвитку кишкової трубки. Аутосомно-рецесивний тип успадкування. Частота спостереження вади розвитку. Vacterl- асоціація.

Види атрезії стравоходу. Клінічні прояви: пінисті виділення, несправжня гіперсалівація, аспірація, асфіксія; дихальні розлади, респіраторний дистрес-синдром (РДС), пневмонія. Трахеостравохідні нориці при атрезії та без атрезії стравоходу.

Діагностика: зондування, стравоходу, проба Елефанта, контрастний катетер під рентгенконтролем, РН-метрія одержаного вмісту.

Передопераційна підготовка, її об'єм та тривалість. Оперативне лікування: ретроплевральний доступ, мобілізація відрізків стравоходу, прямий анастомоз з ліквідацією сполучення з трахеєю та її ушивання. Показання до багатоетапних операцій: езофагостомія, гастростома, пластика стравоходу з антирефлюксним захистом.

Післяопераційний період, можливі ускладнення: пневмонія, неспроможність анастомозу, медіастиніт, плеврит, піопневмоторакс, ателектаз, реканалізація трахеостравохідної нориці,

звуження анастомозу. Відповідна тактика при ускладненнях. Шлунково стравохідний рефлюкс, консервативне та оперативне лікування.

Тема Діафрагмальні грижі

Розвиток діафрагми та причини виникнення дефектів та випинання у діафрагмі.

Класифікація діафрагмальних гриж за С.Я.Долецьким. Ступінь гіпоплазії легеневої тканини.

Клінічні прояви: порушення дихання, розлади травлення, серцевосудинна недостатність "Асфіктичне защемлення" за С.Я.Долецьким.

При грижах стравохідного отвору - болючий синдром, анемія внаслідок кровотечі. При грижах переднього відділу діафрагми - деформація груднини, нападоподібний біль.

Діагностика застосування рентгенологічного дослідження з контрастною речовиною, УЗД.

Диференціальна діагностика: набряко-геморагічний синдром, лобарна емфізема, кісти легень, спонтанний пневмоторакс.

Защемлення природженої діафрагмальної грижі та абсолютні показання до оперативного втручання. Доступи: лапаротомний, торакотомний за показанням.

Передопераційна підготовка протягом 12-32 годин до стабілізації показників гемодинаміки, газообміну та адекватного діурезу.

Об'єм оперативного втручання визначається сутністю вади розвитку: діафрагмопластика, підшивання діафрагми до м'язового валика чи ребра, при аплазії -сітчатий алотрансплантат. Загальна летальність та її причини (14-30%).

Тема Вади розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік вроджених вад розвитку, які причиняють кишкову непрохідність та вад розвитку передньої черевної стінки, крипторхізм.
2. Розпізнати основні клінічні прояви всіх видів вродженої кишкової непрохідності, грижі пупкового канатику, гастрошизиса, пупкової та пахвинної грижі, крипторхізма.
3. Визначити основні причини, що викликають природжений пілоростеноз, мегадуоденум, невrogenний ілеус, хворобу Гіршпрунга, синдром Ледда, атрезії, стенози, подвоєння та інші аномалії які спричиняють непрохідність. Причини гриж передньої черевної стінки, крипторхізму.
4. Провести диференційну діагностику природженої кишкової непрохідності в залежності від причин виникнення, тривалості захворювання з іншими соматичними та хірургічними захворюваннями, які супроводжуються синдромом болю, блювоти та гемодинамічних розладів.
5. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження: УЗД, зондування шлунка, рентгенологічне та ректальне дослідження, введення газовідвідної трубки, постановка очисної клізми, лабораторні та біохімічні показники.
6. Продемонструвати методики збору анамнеза, обстеження хворого з природженою непрохідністю кишківника, зондування стравоходу та шлунка, пальцевого ректального дослідження, розпізнати та систематизувати симптоми, дані рентгенологічного дослідження з контрастною водорозчинною речовиною та за методом Вангенстина.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення природженої кишкової непрохідності у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.

8. Розробити алгоритм дії лікаря при вродженому пілоростенозі, високої та низької природженої непрохідності, гострій формі хвороби Гіршпрунга, атрезії ануса та синдромі Ледда. Тактика при грижах передньої черевної стінки, крипторхізмі.
9. Узагальнити основні принципи лікування вад розвитку, які супроводжуються природженою кишковою непрохідністю та визначити показання до оперативного методу лікування. Хірургічне лікування гриж, крипторхізма.

Тема: Природжений пілоростеноз у дітей. Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування.

Актуальність проблеми

Частота природженого пілоростенозу коливається в межах від 0,8 до 4 випадків на 1000 новонароджених. Захворювання є генетично гетерогенним. Сімейно-спадкове походження виявлено майже у 7% дітей. Співвідношення хлопчиків і дівчаток 4:1.

2. Загальні етіологічні фактори виникнення природженого пілоростенозу у дітей: У його основі лежить порушення прохідності воротарної частини (pars pylorica) шлунка, яка обумовлена вадою її будови: гіперплазією та гіпертрофією гладеньких м'язових волокон циркулярного шару, відсутністю чіткого розмежування колового і поздовжнього шарів, наявністю великої кількості сполучно-тканинних волокнистих структур. При пілоростенозі виявляють догенеративні зміни нервових клітин.

3. Основні клінічні ознаки та діагностика природженого пілоростенозу у дітей.

Основними клінічними симптомами є:

- блювота, як правило, без домішок жовчі, у вигляді "фонтану",
- гіперперистальтика шлунка в епігастральній ділянці за типом "піщового годинника";
- зниження маси тіла;
- закреп;
- зменшення кількості сечовипускання;

Лабораторні дослідження виявляють ознаки згущення крові: підвищення вмісту гемоглобіну та гематокриту, ознаки метаболічного алкалозу, гіпокаліємію, гіпохлоремію.

Під час рентгенологічного дослідження (5% водну суспензію барію сульфату розводять грудним молоком в об'ємі 50-60 мл) через 30 хв. визначається сегментоподібна перистальтика шлунка й затримка первинної евакуації шлункового вмісту в дванадцятипалі кишки. У нормі в новонароджених і немовлят повна евакуація шлункового вмісту відбувається протягом 2,5-3 годин і починається вона з перших хвилин приймання контрастної речовини. Залежно від ступеня звуження, спазму воротаря та подовження воротного каналу звільнення шлунка відбувається протягом 6-36 годин.

Найбільш перспективним і достовірним для діагностики пілоростенозу є застосування фіброезофагогастродуоденоскопії (ФГДС). На основі цього дослідження Ю.Ф.Ісаков зі співавторами розробили класифікацію природженого пілоростенозу: 1) пролабуючий (70%); 2) лійкоподібний (25%); 3) несформований (5%). ФГДС дає можливість оцінити не тільки ступінь непрохідності воротної частини шлунка, але й оглянути стравохід, визначити ступінь вираженості рефлюкс-езофагіту. В останні роки ширше використовується також сонографічна (УЗД) діагностика природженого пілоростенозу, яка, за даними Н.Келлер, у 91-100% випадків допомагає у встановленні діагнозу.

4. Диференціальна діагностика

Проводиться з пілороспазмом, псевдопілоростенозом (адреногенітальний синдром Дебре-Фіберга), вадами розвитку дванадцятипалої кишки, шлунково-стравохідним рефлюксом.

5. Лікування природженого пілоростенозу.

- передопераційна підготовка спрямована на корекцію гіпопротеїнемії, гіпокаліємії та алкалозу. Тривалість і обсяг передопераційної підготовки цілком залежить від термінів надходження, важкості стану, наявності супутніх захворювань. Вона проводиться до нормалізації чи стійкої стабілізації стану, центральної і периферичної геодинаміки, температурного балансу, наявності адекватного діурезу. Для цього потрібно не менше. 2 діб. Оперативна тактика - виконується пілороміотомія за Фреде-Рамштедтом. Ускладнення при оперативному втручанні: розтин слизової оболонки дванадцятипалої кишки та кровотеча з рани пілоруса. Обов'язковим є контроль цілості слизової оболонки та гемостаз. Післяопераційний період, спрямований на корекцію дефіциту рідини, білка, електролітів. За відсутності ускладнень через 3-6 годин після операції починають поїти, а потім годувати зцідженим грудним молоком за схемою. Прогноз сприятливий.

Тема: Вади розвитку, що супроводжуються природженою кишковою непрохідністю

За класифікацією С.Я.Долецького природжена кишкова непрохідність поділяється на високу, тонкокишкову та низьку. Г.А.Баїров поділяє на гостру, хронічну та рецидивну. Пренатальна діагностика природженої кишкової непрохідності полягає у визначенні рівня а-фетопротейну, УЗД, дослідженні амніотичної рідини на каріотип. Група ризику серед вагітних, питання про переривання вагітності. Підвищення концентрації жовчних кислот в амніотичній рідині при багатоводді є діагностичною ознакою атрезії кишок.

Клінічна картина природженої кишкової непрохідності залежить від рівня й виду кишкової непрохідності. При високій: з перших годин життя виникає блювання з домішками жовчі (перепона локалізується нижче від великого сосочка дванадцятипалої кишки). Ексикоз й аспіраційна пневмонія. Характеристика меконію: колір, кількість, консистенція. Друга доба: зневоднення, зміна конфігурації живота, промацування: м'який, безболісний. За наявності завороту кишок дитина неспокійна, живіт напружений і болючий, у випорожненнях - кров. Рентгенологічне дослідження: оглядова рентгенограма органів черевної порожнини в прямій і боковій проекціях у вертикальному положенні дитини. Діагностична цінність підвищується в разі введення розчину барію сульфату 1 чайну ложку на 30-50 мл грудного молока.

Г.А.Баїров пропонує проводити іригографію (40-60 мл водорозчинної контрастної речовини) для уточнення розташування товстої кишки.

Результат лікування залежить від своєчасної діагностики, індивідуальної передопераційної підготовки, адекватної хірургічної корекції вади розвитку і раціонального ведення післяопераційного періоду.

Оперативне втручання з приводу природженої кишкової непрохідності в новонароджених: правобічний парамедіальний розтин завдовжки до 10 см, після ліквідації анатомічного субстрату непрохідності- дуодено-дуоденоанастомозу по типу "end to end". При кільцеподібній підшлунковій залозі, аферентній судині - дуодено-єюноанастомоз. При синдромі Ледда операція складається з усунення завороту середньої кишки навколо брижі і розтину ембріональних тяжів, які здавлюють просвіт дванадцятипалої кишки. Для тонкої кишки фізіологічним є анастомоз кінець у кінець. Для кращого зіставлення кінців петель кишок використовують методику Rehbein клиноподібного розсічення протибрижового краю дистального кінця кишки. Накладають однорядний обвивний шов атравматичними голками.

Тема Вади розвитку передньої черевної стінки, крипторхізм.

А. Ембріональні грижі пупкового канатика. Класифікація гриж за розміром: невеликі, середніх розмірів, великі. Класифікація залежно від перебігу процесу та стану оболонок: неускладнена, ускладнена (внутрішньоутробним розривом оболонок, кишковими норицями,

розрив і випадіння внутрішніх органів, запалення гризових оболонок, ектопія серця, супутні вади розвитку).

Клініка: дефект, випинання внутрішніх органів, прозора сіра оболонка, яка складається з амніотичної оболонки, вартонові драглі, гризовий мішок (первинна очеревина). Оцінка загального стану дитини в залежності від розмірів грижі.

Диференціальна діагностика з гастрошизисом. Дефект передньої черевної стінки не пов'язаний з пупком.

Показання до консервативного та оперативного лікування; одно- або двоетапна операція.

Б. Гастрошизис-екстраумбілікальна вада розвитку передньої черевної стінки. Частота - 1: 6000 новонароджених. Дефект справа від пуповини, причина - порушення кровообігу в дистальній частині правої омфаломезентеріальної артерії.

Характеристика випадаючого відділу середньої кишки: петлі спаяні між собою, матові, набухлі з порушенням відтоку венозної крові та лімфи.

Дифдіагностика з грижею пупкового канатика. У випадку гастрошизису гризовий мішок відсутній.

Передопераційна підготовка починається з пологового будинку. Лікування оперативне - закриття дефекту або формування вентральної грижі.

В. Ембріогенез пупкової грижі.

Клініка: випинання, дефект пупкового кільця, біль при грижі великих розмірів. Лікування консервативне до 2-х років (масаж, викладання на живіт, комплекс гімнастичних вправ) та оперативне за методом Зріг/у. Якщо грижа великих розмірів у віці після 6 місяців.

Г. Ембріогенез пахвинної грижі - незарощення піхвового відростку очеревини. Підвищення внутрішньочеревного тиску. Класифікація пахвинних гриж залежно від етапів формування, локалізації та відносно до сім'яного канатика яєчка.

Клініка: пухлиноподібне утворення, можливе бурчання при вправленні, позитивний симптом кашльового поштовху. Тістувата консистенція, перкуторно тімпаніт або притуплення.

Диференційний діагноз з водянкою яєчка та сім'яного канатика (позитивний симптом просвічування), крипторхізмом, пахвинним лімфаденітом.

Ускладнення -защемлення пахвинної грижі потребують невідкладної операції. Лікування оперативне після 6 місяців в плановому порядку. Операції за Дюамелем I та II; Ру— Краснобаєвим, Мартиновим.

Д. Крипторхізм - аномалія положення яєчок, котра пов'язана з порушенням процесу їх опущення. Черевна та пахова ретенція яєчка, причини виникнення.

Клініка справжнього та несправжнього крипторхізму, двобічного.

Диференційна діагностика з паховим лімфаденітом та пухлиноподібними утвореннями, ектопією яєчка.

Ускладнення крипторхізму: заворот, защемлення, злоякісне переродження, синдром набряклої калитки.

Лікування: оперативне. Методи фіксації яєчка за Петривальським або у два етапи.

Тема Вади розвитку сечової та статеві системи.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік захворювань, які спричиняють порушення уродинаміки та акту сечовипускання.
2. Розпізнати основні клінічні прояви порушень уродинаміки та акту сечовипускання.
3. Диференціювати порушення уродинаміки в залежності від рівня перешкоди.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗД, екскреторна урографія, цистографія, сканування), лабораторні та біохімічні аналізи.

5. Продемонструвати катетеризацію сечового міхура, характеризувати склад сечі.
6. Ідентифікувати особливості перебігу окремих вад розвитку, які призводять до порушення уродинаміки.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення порушення уродинаміки, синдрому лейкоцитурії у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при порушенні уродинаміки та порушень акту сечовипускання.
9. Запропонувати тактику ведення хворих із розладами акту сечовипускання та порушення уродинаміки.
10. Тракувати загальні принципи лікування захворювань, що супроводжуються порушенням уродинаміки та розладами акту сечовипускання.
11. Визначити показання до консервативного та оперативного лікування хворих із вадами розвитку сечової та статеві систем.

Тема: Гідронефроз.

Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування.

1. Актуальність проблеми.

Аномалії сечостатевої системи складають 45% всіх вроджених вад розвитку. Серед обструктивних уродатій в дитячому віці гідронефроз знаходиться на I місці.

2. Загальні дані.

Особливості кровообігу, що призводять до перешкод в примисковому сегменті, ретрокавальне розташування сечоводу, периуретеріт, ембріональні спайки, звуження сечоводу та клапан сечоводу призводять до порушення уродинаміки, а в послідовному до загибелі ниркової паренхіми. Швидкість цього ускладнення залежить від рівня обструкції та форми миски.

Порушення уродинаміки призводить до запальних змін нирки та склерозування клітковини в ділянці воріт нирки.

При швидкому розвитку оклюзії гідронефроз не встигає розвинути. Виникає симптом „гострозастійної нирки“, повний блок сечоводу призводить до зростання реабсорбції води в дистальних каналцях, включаються піело-ниркові рефлюкси та припиняється фільтрація в клубочках, відкриваються артеріо-венозні шунти на кордоні мозкового та коркового шарів. Внаслідок цього припиняється виділення сечі хворого.

3. Заходи по лікуванню :

Враховуючи великі регенеративні можливості дитячого організму, навіть при частковому гнійному розплавленні паренхіми чи частковій втраті функції, необхідно намагатися зберегти гідронефротичну нирку. На першому етапі - нефростомія нирки.

Виконуються органозберігаючі операції по відновленню прохідності сечоводів:

Резекція піело-уретерального сегменту, піелоуретероанастомоз за Andersen-Hynes;

Уретероліз;

Ендоскопічна балонна ділятація стриктури.

Тема: Міхуро-сечовідний рефлекс (МСР)

Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, клініки та діагностики МСР, тактики ведення та показань до консервативного чи оперативного лікування.

1. Актуальність проблеми.

Вади розвитку, які обумовлюють зворотну течію сечі, спостерігаються у 60% дітей. Міхурово-сечовідний рефлюкс буває двобічним: тоді у 60 - 70% хворих порівняльно рано він проявляється ренальною гіпертензією та хронічною нирковою недостатністю: своєчасне діагностування та лікування дітей із даною патологією є достатньо відповідальна проблема, при своєчасному вирішенні якої можливі органозберігаючі операції.

2. Загальні дані.

А.Первинні МСР виникають внаслідок недостатності замикаючого механізму міхурово-уретерального сполучення. Порушення, які виникають у плода на останніх місяцях вагітності, призводять до порушення внутрішньоутробного розвитку з подальшою дисплазією нефрону.

Б.Вторинний МСР, який виникає внаслідок підвищення внутришньоміхурового та внутришньомискового тиску, призводить до порушення венозного та лімфатичного дренажу паренхіми.

В.Закидання інфікованої сечі по сечоводу в мисково-чашечну систему нирки призводить до запалення паренхіми нирки. Виникає набряк паренхіми, розростання сполучної тканини в параваскулярному просторі, посилюється ішемія нефронів та розвивається рубцювання паренхіми.

3. Клінічна картина без наявності пієлонефриту може бути безсимптомною. При наявності клінічних ознак із періодичним загостренням виділяють рефлюксогенну нефропатію.

4. Найбільше достовірний метод діагностики, який підтверджує МСР - це проста та мікційна цистограми, цистоскопія. Екскреторна урографія, радіонуклідна ренографія підтверджують дану ваду розвитку.

5. Тактика лікування визначається на основі даних про генез МСР, ступінь порушень функції нирок, наявність активності пієлонефриту.

А. При МСР I - II ступеня ,без порушення функції нирок, при розташуванні устів сечоводів в типовому місці - проводиться консервативне лікування.

Б. Неєфективність консервативного лікування МСР III ступеню на протязі 6-8 місяців потребує перегляду тактики ведення та визначення необхідності проведення оперативної корекції. Застосовуються методики цистонеоуретеростомії за Коеном, Боарі.

В. При мегауретері, уретерогідронефрозі IV - V ступеню проводиться неоцистуретеростомія за Політано-Леатбеттером.

Г. Одним із методів вибору лікування дітей із МСР I - III ступеню - ендоскопічне підведення гелю, тефлонової пасти - в стінку сечового міхура вище устя сечоводу.

Тема:Вади розвитку сечівника та сечового міхура.

1. Актуальність проблеми.

Частість вад розвитку сечостатевої системи та ускладнення, які виникають внаслідок цієї патології, визначають необхідність своєчасного виявлення та лікування цієї патології.

2. Загальні дані.

А. Аномалії розвитку сечового міхура призводять до порушення уродинаміки та навіть обструкції. За класифікацією А. Є. Соловйова:

1. Аномалії кількості:

- а) агенезія сечового міхура;
- б) подвоєння сечового міхура;

2. Аномалії структури:

- а) гіпоплазія сечового міхура;
- б) дивертикул сечового міхура;

в) екстрофія сечового міхура

3. Аномалії із норицями:

а) повна пупковосечова нориця;

б) міхурово-прямокишечна нориця;

в) міхуровопіхвова нориця;

Б. Аномалії будови сечівника, його часткова або повна відсутність стінки сечівника, викривлення статевого члену, меатостеноз спочатку викликають порушення акту сечовипускання, в подальшому призводять до порушень уродинаміки. Частість таких вад розвитку, як клапан задньої уретри, епіспадія, гіпоспадія, фімоз, парафімоз дуже різноманітна, але своєчасна його діагностика та визначення тактики лікування - важлива діагностична та відповідальна проблема.

В. Допоміжні методи діагностики (екскреторна урографія, цистографія, уретероцистоскопія) допомагають в постановці діагнозу. При обстеженні дітей із розладом акта сечовипускання дуже важливо провести цистометрію, уретеротометрію, урофлоуметрію та дати їм оцінку.

Г. Ускладнення:

1. Інфравезикальна обструкція призводить до підвищення внутрішньомискового тиску та порушенню роботи нирки; венозного та лімфатичного обміну, загибелі паренхіми нирки.

2. Розлади акту сечовипускання призводять до інфікування сечі, яка висхідним шляхом надходить до миски нирки, викликає її запалення, а в подальшому рубцювання ниркової тканини.

3. Визначення показань до консервативного чи оперативного лікування проводиться на основі загальних принципів лікування дітей із вадами розвитку сечостатевої системи. Метод оперативного втручання обґрунтовується вадою розвитку, змінами, які наступили, та віком дитини.

Тема Вади розвитку опорно-рухового апарату.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти класифікацію природженого вивиха стегна, природженої клишоногості, природженої м'язової кривошії, природжених вад кінцівок, природжених вад хребта.

2. Розпізнати основні клінічні симптоми при вадах розвитку опорно-рухового апарату у дітей різного віку.

3. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження при вадах розвитку опорно-рухового апарату.

4. Продемонструвати огляд дитини з вадою розвитку опорно-рухового апарату.

5. Засвоїти алгоритм дії лікаря при виявленні у дитини вади розвитку опорно-рухового апарату.

6. Трактувати основні принципи лікування вад розвитку опорно-рухового апарату у дітей.

Природжений вивих стегна.

Актуальність проблеми полягає у тому, що вади розвитку опорно-рухового апарату досить часто зустрічаються у дітей, від своєчасної діагностики та лікування залежать наслідки хвороби і подальше нормальне зростання дитини.

Природжений вивих стегна стоїть на першому місці серед усіх природжених вад розвитку, складає один - три випадки на 10 000 новонароджених, в екологічно небезпечних районах цей показник збільшується в декілька раз.

Дисплазія кульшового суглоба полягає в недорозвиненні елементів вертлюгової западини та головки стегна, справжній вивих стегна є крайнім ступенем цієї вади розвитку. Діагностика дисплазії та природженого вивиху стегон у новонароджених та немовлят не уявляє труднощів. Насамперед треба зібрати анамнез у матері та ретельно оглянути дитину. Основні вірогідні симптоми: симптом вправлення та вивихування або симптом Маркса - Ортолані, «кляцання», вкорочення кінцівки при однобічному ураженні, обмежене відведення стегон. Допоміжні симптоми: зовнішня ротація кінцівок, розбовтаність тазостегнових суглобів, асиметрія шкірних складок сідниць та стегон.

Дисплазія кульшових суглобів

Вивих стегна

Діагностика Ультразвукове дослідження можна виконувати дітям від народження до 8-9 місяців, рентгенологічне дослідження у дітей після 3 місяців

Симптоми -обмежене відведення стегон

-асиметрія сідничних та стегнових складок

-асиметрія сідниць -симптом вправлення та вивихування

-обмежене відведення стегон,

-асиметрія сідничних та стегнових

складок,

-різна довжина кінцівок

Пологи Ускладненні пологи, передчасні, маловоддя, тазове передлежання.

Лікування Широке сповивання, одягання дитині профілактичних штанців, подушки Фрейка, після одного місяця можна призначати стремена Павлика, шину Віденського тощо.

Лікувальна фізкультура, масаж - курсами, профілактика рахіту - призначення вітаміну Д3> препаратів, які покращують обмін речовин, вітамінів, тощо. Широке сповивання, одягання дитині профілактичних штанців, подушки Фрейка, після одного місяця можна призначати стремена Павлика, шину Віленського, в 3-6 місяців - апарат Гнівківського тощо. Коли не досягнуто вправлення стегон, дитині призначається консервативне функціональне вправлення після чого накладається гіпсова пов'язка в положенні Лоренц -1, або одягається апарат Гнівківського, на етапах реабілітації призначається шина Віленського. Лікувальна фізкультура, масаж - курсами, профілактика рахіту - призначення вітаміну Д3 препаратів які покращують обмін речовин, вітамінів, тощо

Диспансерне спостереження До відновлення всіх елементів кульшових суглобів До завершення процесів зростання

Природжена клишоногість.

1. Актуальність проблеми.

Природжена клишоногість - це стійка привідно-згинальна контрактура стопи. Двобічна клишоногість зустрічається частіше, ніж однобічна. Переважно вада спостерігається у хлопчиків. Природжена клишоногість займає одне з перших місць серед всіх вад розвитку опорно-рухового апарата.

2. Причини вродженої клишоногості поділяються багатьма авторами на ендогенні та екзогенні.

3. Природжена клишоногість поділяється на типову та атипову форми, а також на легку, середньої важкості та важку форми.

4. Основні ознаки природженої клишоногості:

еквінус, підшвовий згин стопи,

супінація стопи, повернення підшовної поверхні досередини з опущенням зовнішнього краю стопи,
аддукція, приведення переднього відділу ступні,
збільшення поперечного склепіння стопи, порожня стопа.

5. Лікування природженої клишоногості:

лікувальна фізкультура, щадлива коригувальна редресація ступні з наступним накладанням м'якої фіксуєчої пов'язки за Фінком-Етінґеном немовлятам до одного місяця життя,

масаж, курсами через 1-1,5 місяця,
з одного місяця життя при деформаціях середньої важкості та важких накладання етапних гіпсових пов'язок у положенні гіперкорекції, змінюючи їх через 2-3 тижні, обстеження та лікування у невропатолога,
при неефективності консервативного лікування оперативне втручання на сухожилково-зв'язковому або кістковому апараті у віці 9-10 місяців - 3 років, у дітей старшого віку виконують корекцію за допомогою копресійно-дистракційного апарату Ілізарова, після оперативного лікування виконується гіпсування на протязі 2-3 місяців, дітям після консервативного та оперативного лікування призначається ортопедичне взуття та знімні тютора у положенні корекції

на етапах реабілітації використовуються методи фізіотерапевтичного, медикаментозного лікування, загартування дитини, направлені на попередження деформації

Природжена м'язова кривошия.

1. Актуальність проблеми.

Природжена кривошия - деформація, яка характеризується неправильним нахилом голови убік та поверненням обличчя у протилежний бік. Серед інших вад опорно-рухового апарату складає 10-12%. Вада зустрічається частіше у дівчаток, справа.

2.Клінічні симптоми залежать од віку дитини. У немовлят на 5-8 добу життя пальпують припухлість щільної консистенції у ділянці груднинно-ключично-соскоподібного м'яза, що у подальшому призводить до нахилу голови убік та повернення у протилежну сторону.

3.Консервативне лікування спрямоване на розтягнення ураженого м'яза. Лікувальна гімнастика повинна виконуватися батьками декілька разів.

лікувальна редресуюча гімнастика,
одягання комірця Шанца,
призначення фізіотерапевтичного лікування дітям понад один місяць (електрофорез лідази, ронідази, УВЧ),

при неефективності консервативного лікування призначається оперативне втручання за Мікулічем-Зацепіним.

обов'язково до завершення процесів зростання дітям проводяться реабілітаційні заходи по попередженню деформації.

ПРИМІТКА: Підсумкове заняття проводиться на розсуд кафедри з метою визначення засвоєння студентом матеріалу тем розділів навчальної дисципліни. Визначається кафедрою як рубіжний (тематичний) контроль; оцінка, отримана студентом на підсумковому занятті, прирівнюється до оцінки, отриманої на практичному (семінарському) занятті та на загальних умовах враховується при підрахунку середнього балу за поточної успішності.

6. СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Вади розвитку у дітей (Лікувальна справа)

з/п	Тема 29	Лек-цій	Пр.за-няття	СРС	Індивідуальна робота
Вади розвитку у дітей.					Підготовка огляду наукової літератури, обстеження хворих з зазначеною патологією
1.	Вади розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю.		6	4	
2.	Вади розвитку передньої черевної стінки, крипторхізм.		6	4	
3.	Вади розвитку які супроводжуються дихальною недостатністю.		6	4	
Всього годин			18	12	

3. Тематичний план практичних занять з дитячої хірургії за спеціальністю (Лікувальна справа)

№ з/п	Тема	Кількість годин
1.	Вади розвитку, які супроводжуються кишковою непрохідністю.	6
2.	Вади розвитку передньої черевної стінки (грижі пупкового канатика, гастрошизис, пупкова та пахвинна грижі, крипторхізм).	6
3.	Вади розвитку які супроводжуються дихальною недостатністю.	6
Разом		18

ВИДИ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ (СРС) ТА ЇЇ КОНТРОЛЬ (Лікувальна справа)

	Тема	Кількість годин	Вид контролю
1.	Підготовка до практичних занять - теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок.	3	Поточний контроль на практичних заняттях.
2.	Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:	3	
2.1	Невідкладна допомога при дихальній недостатності.		
2.2	Невідкладна допомога при серцево-судинній недостатності.		
2.3	Невідкладна допомога при нирковій недостатності.		
3.	Індивідуальна самостійна робота студентів за	3	Поточний контроль на

	однією з тем за вибором: Огляд наукової літератури за вибором		практичних заняттях
4.	Підготовка до підсумкового модульного контролю	3	
	Разом	12	

10. ТЕМИ СЕМІНАРСЬКИХ РОБІТ – не передбачено

11. ТЕМИ ЛАБОРАТОРНИХ ЗАНЯТЬ – не передбачено

12. ІНДИВІДУАЛЬНІ ЗАНЯТТЯ – не передбачено

13. ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК, ВНЕСЕНИХ У МАТРИКУЛИ

№ з/п	Назва практичної навички	Рівень опанування	Лінія матрикула
1	Курація хворого з вродженою кишковою непрохідністю	I	I
2	Курація хворого з незащемленими та защемленими килами живота	IV	IV

**14. ПЕРЕЛІК ЗАВДАНЬ
ДЛЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА (ІРС):**

Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:

Невідкладна допомога при дихальній недостатності.

Невідкладна допомога при серцево-судинній недостатності.

Невідкладна допомога при нирковій недостатності.

Індивідуальна самостійна робота студентів за однією з тем за вибором:

Огляд наукової літератури за вибором

15. МЕТОДИ ТА ФОРМИ КОНТРОЛЮ

При оцінюванні студентів приділяється перевага стандартизованим методам контролю:

- тестування (усне, письмове, комп'ютерне);
- структуровані письмові роботи;
- структурований контроль практичних навичок;
- контроль виконання практичної роботи;
- усне опитування;
- усна співбесіда.

Форми контролю:

Попередній (вхідний) контроль слугує засобом виявлення наявного рівня знань студентів для використання їх викладачем на практичному занятті як орієнтування у складності матеріалу. Проводиться з метою оцінки міцності знань та з метою визначення ступеня сприйняття нового навчального матеріалу.

Поточний контроль – контроль самостійної роботи студентів щодо вивчення навчальних матеріалів. Здійснюється на кожному практичному занятті відповідно до конкретних цілей теми з метою перевірити ступінь та якість засвоєння матеріалу, що вивчається. На всіх практичних заняттях застосовується об'єктивний контроль теоретичної підготовки та засвоєння практичних навичок із метою перевірки підготовленості студента до заняття. В процесі поточного контролю оцінюється самостійна робота студента щодо повноти виконання завдань, рівня засвоєння навчальних матеріалів, оволодіння практичними навичками аналітичної, дослідницької роботи та ін.

Рубіжний (тематичний) контроль засвоєння розділу (підрозділу) відбувається по завершенню вивчення блоку відповідних тем шляхом тестування та/або усної співбесіди та/або виконання структурованих завдань. Тематичний контроль є показником якості вивчення тем розділів дисципліни та засвоєння студентами практичних навичок, а також пов'язаних із цим пізнавальних, методичних, психологічних і організаційних якостей студентів. Проводиться на спеціально відведеному – підсумковому – занятті.

Проміжний контроль - полягає в оцінці засвоєння студентами навчального матеріалу на підставі виконання ним певних видів робіт на практичних (семінарських) заняттях за певний період. Проводиться у формі семестрового заліку на останньому практичному (семінарському) занятті в семестрі.

Підсумковий контроль здійснює контролюючу функцію, проводиться з метою оцінки результатів навчання на певному освітньо-кваліфікаційному рівні або на окремих його завершених етапах. Проводиться у формі заліку, диференційованого заліку або іспиту з метою встановлення змісту знань студентів за обсягом, якістю та глибиною, а також вміннями застосувати їх у практичній діяльності. Під час підсумкового контролю враховуються результати складання здачі усіх видів навчальної роботи згідно із структурою робочої програми.

ПРИМІТКА: Кафедра визначає форми контролю відповідно до навчального плану з дисципліни.

ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ ПО ЗАВЕРШЕННЮ ВИВЧЕННЯ ДИСЦИПЛІНИ

Оцінка з дисципліни визначається як сума кількості балів поточної успішності, що складає 60% загальної оцінки з дисципліни, та оцінки, отриманої на іспиті, що складає 40% загальної оцінки з дисципліни.

Максимальна кількість балів, яку студент може набрати при вивченні дисципліни становить 200 балів, в тому числі за поточну навчальну діяльність – 120 балів, за екзаменаційний підсумковий контроль (іспит) – 80 балів.

Бали з дисципліни конвертуються у традиційну чотирибальну шкалу за абсолютними критеріями:

Оцінка за 200-бальною шкалою	Оцінка за 4-бальною шкалою
170-200 балів	5 – відмінно
140-179 балів	4– добре
101-139 балів	3 – задовільно
100 балів і менше	2– незадовільно

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПОТОЧНОЇ УСПІШНОСТІ

Оцінювання поточної успішності проводиться шляхом підрахунку середнього балу поточної успішності по завершенню вивчення дисципліни. При цьому заокруглення ОЦІНКИ здійснюється за схемою: в діапазоні від 0 до 0,24 заокруглюється до меншої одиниці; в діапазоні від 0,25 до 0,74 заокруглюється до 0,5; в діапазоні від 0,75 до 0,99 заокруглюється до більшої одиниці.

Переведення оцінок за поточну успішність з 12-ти бальної шкали у 120-ти бальну шкалу здійснюється наступним чином:

Рейтингова 12-ти бальна шкала	Шкала оцінювання поточної успішності
4	66
4,5	69
5	72
5,5	75
6	78
6,5	81
7	84
7,5	87
8	90
8,5	93
9	96
9,5	99
10	102
10,5	105
11	108
11,5	111
12	114

Максимальна кількість балів, яку може набрати студент за поточну навчальну діяльність при вивченні дисципліни з додаванням балів за індивідуальну роботу студента (ІРС), становить 120 балів.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією
„21” _ червня _ 2016 року, протокол № _18
Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАЬ ТА ВМІНЬ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ПРАКТИЧНОГО (СЕМІНАРСЬКОГО) ЗАНЯТТЯ

Оцінювання поточної успішності проводиться за дванадцятибальною рейтинговою шкалою. Оцінка за практичне заняття вважається позитивною, якщо вона становить 4,0 і більше балів. При цьому враховуються всі види робіт, передбачені методичною вказівкою для студентів при вивченні теми практичного (семінарського) заняття.

Бали	Критерії оцінювання
1	Виставляється у тих випадках, коли студент не розкриває зміст навчального матеріалу, не виконав практичної роботи, не оформив протокол.
2	Виставляється студенту, коли він погано орієнтується в навчальному матеріалі, що виявляється шляхом пропонування йому додаткових запитань, виявляє незнання змісту виконання практичної роботи.
3	Виставляється студенту, коли він фрагментарно розкриває зміст навчального матеріалу, допускає грубі помилки у визначенні понять та при використанні термінології, виконав практичну роботу, частково оформив протокол.
4	Виставляється, коли студент орієнтується в основному матеріалі, але не може самостійно і послідовно сформулювати відповідь, спонукаючи викладача пропонувати йому навідні питання, фрагментарно виконав практичну роботу.
5	Виставляється студенту, коли він фрагментарно розкриває зміст навчального матеріалу, показує початкову уяву про предмет вивчення, виконав практичне завдання не до кінця.
6	Виставляється студенту, коли він відтворює основний навчальний матеріал, але при його викладенні допускає суттєві помилки, наводить прості приклади, визначення біологічних понять недостатні, характеризує загальні ознаки біологічних об'єктів, недооформив протокол заняття.
7	Виставляється студенту у випадку, коли він розкриває основний зміст навчального матеріалу; допускає незначні порушення у послідовності викладення матеріалу, при використанні наукових понять та біологічних термінів, нечітко формулює висновки, орієнтується в методиці виконання практичної роботи, виконав її не в повному обсязі.
8	Виставляється у випадку, коли студент розкриває основний зміст навчального матеріалу; дає неповні визначення понять; допускає неточності при використанні наукових термінів, нечітко формулює висновки, виконав практичну роботу, але допустив незначні помилки під час проведення дослідження.
9	Виставляється студенту, коли він розкриває основний зміст навчального матеріалу; дає повні визначення біологічних понять та термінів, допускаючи незначні порушення у послідовності викладення, самостійно, зі знанням методики виконав практичну роботу, але допустив неточності у послідовності проведення роботи.
10	Виставляється у тих випадках, коли студент виявляє повне знання фактичного матеріалу, вміє аналізувати, оцінювати та розкривати суть біологічних явищ і процесів; встановлювати причинно-наслідкові зв'язки; логічно будувати висновки, оформив протокол практичного заняття, допускаючи незначні помилки при застосуванні наукових термінів і понять.
11	Виставляється студенту, коли він показує глибокі, міцні та системні знання в об'ємі навчальної програми, безпомилково відповідає на всі запитання, обґрунтовано формулює висновки, використовуючи матеріали, що виносяться на самостійну роботу студента, грамотно і послідовно, зі знанням методики, виконав практичну роботу; в повному об'ємі оформив протокол практичного заняття, правильно застосовуючи наукові терміни та поняття.
12	Виставляється студенту, коли він самостійно, грамотно і послідовно, з вичерпною повнотою, використовуючи дані додаткової літератури, відповів на запитання з проявом вміння характеризувати різноманітні біологічні явища та процеси; чітко та правильно дає визначення та розкриває зміст наукових термінів і понять, самостійно та правильно виконав практичну роботу, без помилок оформив протокол практичного заняття.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією

„21” червня 2016 року, протокол № 18

Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

ПРИМІТКА: Кафедра визначає критерії оцінювання відповідно до змісту робочої програми з дисципліни. Даний документ має бути представлений на інформаційному стенді кафедри.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ (ІРС)

Бали	Критерії оцінювання
1	ПІДБІР ДВОХ ВІДЕО МАТЕРІАЛІВ ІЗ РОЗДІЛІВ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ. або ПІДБІР ДВОХ АУДІО МАТЕРІАЛІВ ІЗ РОЗДІЛІВ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ.
2	ВИГОТОВЛЕННЯ ЛАМІНОВАНОЇ ТАБЛИЦІ З ВІДПОВІДНИХ ТЕМ ДИСЦИПЛІНИ. або ВИСТУП НА ЗАСІДАННІ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА.
3	УЧАСТЬ У СТУДЕНТСЬКІЙ ОЛІМПІАДІ З ДИСЦИПЛІНИ. або РОБОТА НА СТУДЕНТСЬКОМУ НАУКОВОМУ ФОРУМІ У ВИГЛЯДІ ПУБЛІКАЦІЇ ТЕЗ.
4	СКЛАДАННЯ БІОЛОГІЧНОГО КРОСВОРДУ. або РОБОТА НА СТУДЕНТСЬКОМУ НАУКОВОМУ ФОРУМІ У ВИГЛЯДІ СТЕНДОВОЇ ДОПОВІДІ.
5	ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСПОНАТУ або СЕРІЇ МІКРОПРЕПАРАТІВ ДЛЯ НАВЧАЛЬНО-БІОЛОГІЧНОГО МУЗЕЮ. або РОБОТА НА СТУДЕНТСЬКОМУ НАУКОВОМУ ФОРУМІ У ВИГЛЯДІ УСНОЇ ДОПОВІДІ.
6	ПРИЗОВЕ МІСЦЕ ЗА УЧАСТЬ У СТУДЕНТСЬКІЙ ОЛІМПІАДІ З ДИСЦИПЛІНИ. або ПРИЗОВЕ МІСЦЕ ЗА УЧАСТЬ У РОБОТІ НАУКОВОГО ФОРУМА.

Примітка: якщо студент приймає участь у двох і більше видах індивідуальної роботи, йому зараховуються бали лише за один вид роботи на його вибір. Даний документ має бути представлений на інформаційному стенді кафедри.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією
„21” червня 2016 року, протокол № 18
Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОГО ЗАВДАННЯ

Бали	Критерії оцінювання
0	Виставляється, коли студент виявляє повне незнання змісту виконання роботи.
1 - 3	Виставляється, коли студент частково виявляє знання змісту виконання роботи.
4 - 6	Виставляється студенту, коли він погано орієнтується у методиці виконання роботи, виконав її в неповному обсязі, допускаючи грубі помилки під час проведення досліджень.
7 - 9	Виставляється студенту, коли він самостійно, зі знанням методики виконав практичну роботу, але допустив неточності у послідовності проведення роботи.
10 - 12	Виставляється, коли студент самостійно, грамотно і послідовно, зі знанням методики, виконав практичну роботу, правильно застосовуючи наукові терміни та поняття.

Примітка: за недооформлені протоколи практичних занять з дисципліни від загальної кількості балів за практичне завдання віднімається 3,0 бали.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

Бали	Критерії оцінювання
1	Виставляється у тих випадках, коли студент не розкриває зміст навчального матеріалу.
2	Виставляється студенту, коли він погано орієнтується в навчальному матеріалі, що виявляється шляхом пропонування йому додаткових запитань.
3	Виставляється студенту, коли він фрагментарно розкриває зміст навчального матеріалу, допускає грубі помилки у визначенні понять та при використанні термінології.
4	Виставляється, коли студент орієнтується в основному матеріалі, але не може самостійно і послідовно сформулювати відповідь, спонукаючи викладача пропонувати йому навідні питання.
5	Виставляється студенту, коли він фрагментарно розкриває зміст навчального матеріалу, показує початкову уяву про предмет вивчення.
6	Виставляється студенту, коли він відтворює основний навчальний матеріал, але при його викладенні допускає суттєві помилки, наводить прості приклади, визначення біологічних понять недостатні, характеризує загальні ознаки біологічних об'єктів.
7	Виставляється студенту у випадку, коли він розкриває основний зміст навчального матеріалу; допускає незначні порушення у послідовності викладення матеріалу, при використанні наукових понять та біологічних термінів, нечітко формулює висновки.
8	Виставляється у випадку, коли студент розкриває основний зміст навчального матеріалу; дає неповні визначення понять; допускає неточності при використанні наукових термінів, нечітко формулює висновки.
9	Виставляється студенту, коли він розкриває основний зміст навчального матеріалу; дає повні визначення біологічних понять та термінів, допускаючи незначні порушення у послідовності викладення.
10	Виставляється у тих випадках, коли студент виявляє повне знання фактичного матеріалу, вміє аналізувати, оцінювати та розкривати суть біологічних явищ і процесів; встановлювати причинно-наслідкові зв'язки; логічно будувати висновки.
11	Виставляється студенту, коли він показує глибокі, міцні та системні знання в об'ємі навчальної програми, безпомилково відповідає на всі запитання, обґрунтовано формулює висновки, використовуючи матеріали, що виносяться на самостійну роботу студента.
12	Виставляється студенту, коли він самостійно, грамотно і послідовно, з вичерпною повнотою, використовуючи дані додаткової літератури, відповів на запитання з проявом вміння характеризувати різноманітні біологічні явища та процеси; чітко та правильно дає визначення та розкриває зміст наукових термінів і понять.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК, ВНЕСЕНИХ У МАТРИКУЛИ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК

Матрикул вважається **зарахованим** у випадку, коли студент із повним знанням методики, самостійно, у чіткій послідовності проведення роботи, виконав практичну навичку та грамотно сформулював висновки. Під час проведення практичної навички викладач має право скерувати студента, який допускає неточності та незначні помилки у виконанні роботи.

Матрикул вважається **не зарахованим** у випадку, коли студент, орієнтуючись у фактичному матеріалі, показує незнання методики, невміння виконання практичної навички, допускає грубі помилки у послідовності проведення роботи та при формулюванні висновків.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією
„21” _червня_ 2016 року, протокол № _18
Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ ТА ВМІНЬ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ІСПИТУ

Оцінка за іспит вираховується з врахуванням питомої ваги кількості балів, отриманих студентом за складання тестового контролю (75%) та питомої ваги кількості балів, отриманих студентом під час усної співбесіди з екзаменатором (25%).

Максимальна кількість балів за іспит, яку може набрати студент, становить 80.

Іспит вважається зарахованим, якщо студент набрав не менше 50 балів.

Якщо студент не склав однієї із складових частин іспиту, він вважається таким, що не склав екзаменаційний підсумковий контроль у цілому. Студент перескладає лише ту частину, яку не склав.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПИСЬМОВОГО ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЮ

Оцінювання знань студентів і переведення результатів засвоєння отриманих знань здійснюється за наступною шкалою:

Кількість правильних відповідей при складанні тестових завдань у ННВ незалежного тестування знань студентів	Кількість балів, що виставляється студенту
1-24	Не склав
25, 26	38
27	39
28	40
29	41
30	42
31	43
32	44
33	45
34	46
35	47
36	48
37	49
38	50
39	51
40	52
41	53
42	54
43	55
44	56
45	57
46	58
47	59
48	60

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ УСНОЇ СПІВБЕСІДИ З ЕКЗАМЕНАТОРОМ

Оцінювання знань студентів здійснюється шляхом виставлення балів залежно від правильності відповідей на питання з врахуванням повноти відповіді за наступною шкалою:

Оцінка правильності відповіді на питання з врахування повноти відповіді	Кількість балів, що виставляються студенту за відповідь на одне питання
Відсутність правильної відповіді на питання	0
Часткова відповідь на питання	1
Неповна відповідь на питання	2
Повна відповідь на питання	3

Шкала переведення:

Сумарна кількість балів, отриманих при відповіді на окремі питання	Кількість балів, що виставляються студенту
Відсутність правильних відповідей на жодне питання	Не склав
3	12
4	13
5	14
6	15
7	16
8	18
9	20

Мінімальна кількість балів, яку може отримати студент при усній співбесіді з екзаменатором – 12 балів, максимальна кількість балів – 20.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією
21 червня 2016 року, протокол № 18
Завідувач кафедри, професор

О.Є.Федорців

19. ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

БАЗОВА (ОСНОВНА):

1. Хірургія дитячого віку: Підручник/ За ред.Сушка В.І., Кривчені Д.Ю. - Київ: МЕДИЦИНА, ТОВ, 2012. – 816с..
2. Кривченя Д.Ю., Лисак С.В., Плотніков О.М. Хірургічні захворювання у дітей. – Вінниця: Нова книга, 2009.- 256с.
3. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. – М.:Медицина, 2008 г. – 1т, 567с.
4. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – Т.1. – 632 с.
5. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2006. – Т.2. – 584 с.
6. Лекції з дитячої хірургії: Учбовий посібник / Під загальною ред. проф. Грони В.М. – Донецьк, 2007. – 265 с.
7. Сушко В.І. Пороки развития и хирургические заболевания новорожденных .(Метод, пособие для студентов-иностранцев). Дніпропетровськ, 2000. - 30 с.
8. Сушко В.И. Ведущие синдромы в хирургии детского возраста. (Метод.пособие для студентов-иностранцев VI курса и врачей интернов). Дніпропетровськ. 2000. - 78 с.
9. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. Санкт-Петербург,1996; 384с.

ДОДАТКОВА:

1. Детская оперативная хирургия /Под ред. проф.. В.Д.Тихомировой // Санкт-Петербург: «Лик», 2011 – 428 с.
2. Русак П.С., Данилов О.А., Кукуруза Ю.П., Рибальченко В.Ф. Лапароскопічна хірургія в педіатрії: Навчально-практичний посібник. – Житомир-Київ: Косенко, 2006. – 128с.
3. Амбулаторно-поліклінічна хірургія дитячого віку: Навчально-методичний посібник, за заг.ред. Сушко В.І. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2003.-344с.
4. Михельсон Б.А., Костин З.Д., Цыпин Л.Е. Детская анестезиология и реанимация.- М.: Медицина, 1980.
5. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия.- М.: Медицина, 1983.
6. Рокицкий М.Р. Неотложная пульмонология детского возраста.- Л., 1978.
7. Рокицкий М.Р. Ошибки и опасности в хирургии детского возраста,- Л., 1979.
8. Ситковский Н.В., Гераськин В.И., Шафранов В.В., Новак М.М. Лечение гемангиом у детей жидким азотом,- К.: Здоровье, 1986.
9. Ситковский Н.Б., Бась М.М. Дольницкий О.В. Хирургическая патология у детей: Атлас-К.: Здоровье. 1981.

10. Степанов З.А., Дронов АС. Острый аппендицит у детей раннего возраста.- М.: Медицина, 1974.
11. Сягайло П.Т., Сушко В.И. Пороки развития и заболевания новорожденных- Днепропетровск, 1992.
12. Сягайло П.Т., Дегтярь В. А. Костно-пластические операции у детей.- Киев, Здоровье-1991.
13. Федореев Г.А. Гемангиомы кожи у детей. - Л.: Медицина. 1971.