

**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

“ ___ ” _____ року

РОБОЧА ПРОГРАМА

**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, напрямок підготовки, освітньо- кваліфікаційний рівень	Характеристика навчальної дисципліни
		денна форма навчання
Кількість кредитів – 2,7	Галузь знань: 1201 «Медицина»	Нормативна
Загальна кількість годин – 60	Спеціальність: 7.12010001 «Лікувальна справа»,	Рік підготовки
		5-й
		Семестр
		8-й/9-й
	Освітньо- кваліфікаційний рівень: спеціаліст	Лекції
		10 год
		Практичні
		30 год
		Самостійна робота
		20 год..
		Вид контролю:
Зараховано. Тестовий 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 вивченні студентами пропедевтики дитячих хвороб з доглядом за дітьми, факультетської педіатрії та хірургії, дитячих хвороб та дитячих інфекційних хвороб, й інтегрується з цими дисциплінами;

б) закладає основи вивчення студентами дитячих хвороб та факультетської хірургії, що передбачає інтеграцію викладання з цими дисциплінами та формування умінь застосовувати знання дитячої хірургії в процесі подальшого навчання й у професійній діяльності,

в) закладає основи здорового дитинства та профілактики порушення функцій в процесі життєдіяльності зростаючого організму.

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

3. 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 дитячої хірургії є кінцеві цілі. Кінцевими цілями вивчення дитячої хірургії є:

1. Виявити різні клінічні прояви, 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 хірургічних захворювань у дітей.
5. Визначити лікувальну тактику ведення дитини на основні хірургічні захворювання та травми.
6. Тракувати загальні принципи лікування, реабілітації, профілактики хірургічних захворюваннях у дітей.
7. Діагностувати невідкладні стани в клініці дитячої хірургії і визначити тактику надання термінової медичної допомоги дітям при хірургічних захворюваннях, травмах та ускладненнях.
8. Знати основи профілактики методів ВІЛ-інфікування та передачі ВІЛ від матері до дитини. Діагностика та лікування ВІЛ -інфікованих та соціально-психологічна підтримка людей ,що живуть з ВІЛ.

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

- Які основні механізми ушкоджень органів черевної порожнини.
- Класифікація ушкоджень черевної порожнини при травмі.
- Основні симптоми ушкоджень паренхіматозних органів.
- Основні симптоми ушкодження парожнистих органів.
- Які додаткові методи дослідження найбільш інформативні при ушкодженнях паренхіматозних та порожнистих органів черевної порожнини.
- Які показання до екстреної операції при кровотечі, що продовжується внаслідок ушкоджень паренхіматозних та порожнистих органів черевної порожнини.
- Які показники клінічних та лабораторних досліджень (АД, пульсу, загальний аналіз та біохімічні дослідження крові) свідчать за геморагічний синдром та кровотечу в черевній порожнині.
- Назвіть основні клінічні прояви кровотечі із верхніх та нижніх відділів травної системи.
- Які основні причини виникнення кровотеч з травної системи.
- Дати оцінку шлункового вмісту та випорожнень в залежності від висоти джерел кровотечі.
- Дайте трактування загальних принципів лікування та зупинки кровотечі.
- Які особливості контролю за клінічним перебігом кровотечі з травного тракту, визначити показання до хірургічного лікування.
- Сформулюйте показання до консервативного та оперативного лікування, стандартизуйте його об'єм та ефективність.
- Дайте основний перелік хірургічних захворювань у дітей, які спричиняють запалення органів черевної порожнини.
- Які основні клінічні прояви та локальні симптоми запалення органів черевної порожнини.
- Які основні клінічні прояви та локальні симптоми характерні при запаленнях органів черевної порожнини у новонароджених.

- Особливості клініки гострого апендициту у дітей раннього віку (до 3 років).
- Які показання до консервативного лікування та його характер при перитоніті у новонароджених.
- Особливості передопераційної підготовки при запаленнях черевної порожнини.
- Які клінічні симптоми та допоміжні методи діагностики характерні для деструктивних форм холецистита.
- Дайте загальні принципи лікування холециститу та визначте показання до хірургічних методів лікування.
- Які основні причини виникнення гострого панкреатиту.
- Сформулюйте показання до консервативного та оперативного лікування гострого панкреатиту, його об'єм та методи.
- Яка класифікація набутої кишкової непрохідності у дітей.
- Визначити основні причини виникнення інвагінації кишечника, злукової, obturаційної та динамічної непрохідності.
- Перелічить основні симптоми гострої інвагінації кишечника.
- Які методи діагностики та лікування гострої інвагінації кишечника.
- Особливості та термін передопераційної підготовки при набутій кишковій непрохідності.
- Дайте характеристику рентгенологічних стадій набутої непрохідності кишечника.
- Визначте основні ознаки життєздатності защемленої кишки.
- Які методи оперативного втручання виконуються при інвагінації кишечника.
- Дайте загальні принципи консервативної терапії при ранній спайково-паретичній непрохідності.
- Узагальнити основні етапи оперативного лікування та доступи при ранній та пізній кишковій непрохідності.
- Виділити класифікацію динамічної непрохідності.
- Основні етапи консервативного лікування динамічної непрохідності.
- Які ви знаєте форми гострої деструктивної пневмонії (ГДП)
- Які ускладнення відносяться до легеневої форми ГДП
- Які ускладнення відносяться до легенево-плевральної форми ГДП
- Що таке ателектаз легені
- Що представляє собою була
- Які причини колапсу легені при піотораксі
- Яка рентгенологічна картина піопневмотораксі
- Яка рентгенологічна картина ателектаза легені
- Чим відрізняється рентгенологічна картина напруженого піоторакса від ателектазу легені?
- При якій набутій патології легень на оглядовій рентгенограмі органів грудної клітки органи межистіння зміщуються в сторону патології
- Як розподіляються абсцеси легень в залежності від локалізації.
- В якому місті на грудній стінці проводиться діагностична плевральна пункція
- Перечисліть, що необхідно для плевральної пункції
- Про що свідчить рівень рідини в абсцесі легені
- При яких абсцесах проводиться черезшкірна пункція
- При яких абсцесах застосовують постуральні положення
- Про що свідчить виникнення гнійної мокроти у дитини з ГДП
- Які ви знаєте системи аспірації з плевральної порожнини
- Яка рентгенологічна картина на оглядовій рентгенограмі при піопневмотораксі
- Про що свідчать виділення газу по дренажу з плевральної порожнини при ГДП
- Які клінічні симптоми при перфорації стравоходу
- Який рентгенологічний метод найбільш інформативний для діагностики ушкоджень стравоходу
- Які методи обстеження застосовуються при травмі органів грудної порожнини
- Що являється показанням до оперативного втручання при гемотораксі
- Які методи діагностики застосовуються при ушкодженнях стравоходу
- Назвіть головні чинники, які можуть призвести до розвитку сечокам'яної хвороби.

- Які найбільш характерні клінічні прояви сечокам'яної хвороби
- На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу сечокам'яної хвороби?
- За якими принципами формується перелік захворювань для проведення диференційного діагнозу при нирковій коліці
- Чому в клінічному діагнозі важливо відобразити не тільки нозологічну форму захворювання, але й його перебіг та ускладнення
- Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих на сечокам'яну хворобу
- Які головні методи діагностики допоможуть при визначенні діагнозу
- Які захворювання об'єднані в групу синдрому набряклої мошонки
- Що необхідно виявити у хворого при наявності синдрому набряклої мошонки
- Чому важливо знати послідовність скарг при синдромі набряклої мошонки
- Які головні захворювання, з якими необхідно провести диференційну діагностику при синдромі набряклої мошонки
- Які симптоми можна виявити при синдромі набряклої мошонки
- На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу захворювань при синдромі набряклої мошонки
- Що важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих із гострим орхоепідімітом, перекрутом гідатіди Морган'ї, перекрутом яєчка та гостро виникшею водяною оболонкою яєчка
- Які ускладнення можуть виникнути при гострому захворюванні яєчка
- Що важливо виявити у хворого із травматичним ушкодженням сечовивідної системи
- Які зміни можна виявити при пальпації поперекової ділянки при травмі нирок
- На чому базується обґрунтування попереднього діагнозу травматичного ушкодження нирок
- Які методи діагностики допоможуть в діагностиці травми нирок
- Особливості обстеження дітей із травмою сечового міхура та уретри
- Що необхідно виявити у хворого із травматичним ушкодженням сечового міхура
- За якими принципами формується перелік ушкоджень для проведення диференціальної діагностики при травматичних ушкодженнях тазових кісток та органів малого тазу
- Назвіть найбільш вірогідні методи діагностики, які допоможуть в постановці діагнозу травми уретри
- Особливості фізикального обстеження дітей із травмою мошонки
- Що найбільше важливо визначити при формуванні лікувальної тактики у хворих із травматичним ушкодженням сечовивідної системи
- Яка частота гнійно-септичних захворювань у новонароджених, їх структура та головні причини виникнення.
- Які анатомо-фізіологічні особливості будови шкіри та підшкірної клітковини сприяють розповсюдженню запального процесу
- Назвати клінічні прояви некротичної флегмони новонароджених в залежності від форми.
- Лікувальна тактика при некротичній флегмоні новонароджених.
- Форми та клінічні прояви омфаліту у новонароджених.
- Диференційна діагностика катарального омфаліту та нориць.
- Особливості лікування омфаліту в залежності від форми захворювання.
- Ускладнення та наслідки які виникають у зв'язку з омфалітом у дитини.
- Коли і з чим пов'язано захворювання мастита новонароджених.
- Особливості оперативного втручання при маститі новонароджених.
- Причини виникнення парапроктиту у новонароджених.
- Оперативні втручання, які проводять при парапроктиті в залежності від причини виникнення.
- З яких напрямків складається лікування гнійно-септичних захворювань новонароджених.
- Що є в основі емпіричного підходу до призначення антибіотиків.
- Бактеріологічне дослідження при гнійно-септичних захворюваннях. Як його проводити?
- Назвіть складові лікувального впливу на організм дитини з гнійно-септичними захворюваннями від чого він залежить.

- Що таке синдром системної запальної відповіді.
- Які складові токсичної форми захворювання згідно міжнародної класифікації сепсису
- Чим відрізняється кровообіг сегментів кісток у новонароджених.
- Коли закінчується формування епіфізів довгих трубчатих кісток і які критерії підтвердження.
- Який в нормі внутрішньокістковий тиск
- Які особливості діагностичної, пункції та вимірювання внутрішньокісткового тиску у дітей з підозрою на гострий гематогенний остеомієліт. Як змінюється внутрішньокістковий тиск при гострому гематогенному остеомієліті.
- Особливості структури довгої трубчастої кістки.
- Назвіть клінічні форми гострого гематогенного остеомієліту.
- Розкрийте тромбоемболічну теорію гострого гематогенного остеомієліту.
- Чому у новонароджених і дітей до 2-х років життя зустрічається метаепіфізарне ушкодження.
- Назвіть атипові форми остеомієліту.
- Який найбільш частий симптом метаепіфізарного остеомієліту і як його підтвердити.
- Особливості пункції суглобів у немовлят і як часто вони проводяться.
- Особливості імобілізації та її термін у дітей з метаепіфізарним остеомієлітом.
- Перелічити
- Що включає амбулаторний нагляд за хворими з гематогенним остеомієлітом.
- Коли показано санаторно-курортне лікування.
- Назвіть найбільш поширені оперативні втручання при хронічному остеомієліті у дітей.
- Перелічити клінічні прояви гемангіом та лімфангіом.
- Назвати методи консервативного та оперативного лікування гемангіом та лімфангіом.
- Назвати клінічні прояви пігментних пухлин.
- Лікувальна тактика при пігментних пухлинах.
- Клініка атером та дермоїдних кіст.
- Особливості видалення дермоїдних кіст.
- Визначити клінічні прояви меланому.
- Диференційна діагностика та комбіноване лікування меланому.
- Перелічити клінічні прояви м'якотканинних злоякісних пухлин (рабдоміосаркома, тератобластома).
- Хірургічне та комбіноване лікування м'якотканинних злоякісних пухлин.
- Допоміжні методи діагностики пухлин у дітей. їх роль у диференційній діагностиці.
- Особливості клінічного перебігу доброякісних пухлин та пухлиноподібних захворювань кісток.
- Методи хірургічного лікування доброякісних пухлин та пухлиноподібних захворювань кісток.
- Консервативне лікування кіст кісток.
- Клінічні прояви остеогенної саркоми та саркоми Юінга.
- Принципи комбінованого лікування злоякісних новоутворень кісток.
- Клініка доброякісних пухлин кісток.
- Методи лікування доброякісних пухлин кісток.
- Консервативне лікування кіст кісток.
- Методи діагностики злоякісних пухлин кісток.
- Клінічні прояви та лікування нефробластом у дітей.
- Клінічні прояви та лікування нейробластом у дітей.
- Допоміжні методи діагностики пухлин за очеревинного простору у дітей.
- Клініка та діагностика пухлин середостіння.
- Лікування дітей зі злоякісними та доброякісними пухлинами середостіння.
-

У результаті вивчення дисципліни «Дитяча хірургія» студент повинен вміти виконувати:

- Збирання анамнезу.

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

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

- Курація хворого з гострим апендицитом.

Схвалено на засіданні кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією

„_____” _____ 2016 року, протокол № _____

Завідувач кафедри, професор

О.Є. Федорців

4. ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Програма дисципліни структурована на два розділи.

Розділ I. Ургентна дитяча хірургія

Розділ II. Новоутворення тканин

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.

Практичні заняття передбачають:

- курацію хворих;
- дослідження хворих з хірургічною патологією;
- дослідження функціонального стану життєво важливих органів і систем пацієнтів;
- практичне використання хірургічних методів діагностики та лікування;
- вирішення клінічних ситуаційних задач і тестів;
- оволодіння елементами лікарської техніки на хворих, муляжах;
- оволодіння навичками оперативної техніки під час оперативних втручань та роботу у перев'язувальній;

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 задач. 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

РОЗДІЛ I. УРГЕНТНА ДИТЯЧА ХІРУРГІЯ

Тема 23.1. А. Набута кишкова непрохідність. Портальна гіпертензія. Б. Закрита травма живота. В. Кровотеча із травної системи.

А. Набута кишкова непрохідність.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік захворювань, які причиняють набуту непрохідність.
2. Розпізнати основні клінічні прояви всіх видів набутої непрохідності травної системи.
3. Визначити основні причини, що викликають інвагінацію кишечника, ранню та пізню спайкову непрохідність, обтураційну та динамічну непрохідність.
4. Провести диференційну діагностику набутої кишкової непрохідності в залежності від причин виникнення, тривалості захворювання з другими соматичними та хірургічними захворюваннями, що визивають абдомінальний синдром.
5. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження: УЗД, зондування шлунка, ректальне та рентгенологічне дослідження, постановку очисної клізми, введення газовідвідної трубки, проведення пневмоколографії, лабораторних та біохімічних аналізів.
6. Продемонструвати методики зондування шлунка, пальцевого ректального дослідження, проведення пневмоколографії, збору анамнеза, обстеження хворого з набутою непрохідністю кишок, розпізнати та систематизувати симптоми хвороби.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення набутої кишкової непрохідності у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Розробити алгоритм дії лікаря при інвагінації кишечника, механічної та динамічної набутої кишкової непрохідності.
9. Узагальнити основні принципи лікування захворювань, що супроводжуються набутою кишковою непрохідністю та визначити показання до консервативного та оперативного методів лікування.

Інвагінація кишечника у дітей.

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

I. Актуальність проблеми:

А. Найчастіше зустрічається у дітей (до 70%) інвагінація кишок серед усіх видів набутої кишкової непрохідності.

Б. Рання діагностика (до 24 годин) інвагінації кишечника дає можливість ширше, використовувати консервативний метод лікування, який значно простіше та менш травматичний.

II. Загальні етіологічні фактори виникнення інвагінації кишок у дітей:

A. Аліментарні фактори:

- а) неправильне введення догодовування та підгодовування;
- б) безладне годування (відсутність режиму годування, недотримання нічної перерви);
- в) відсутність харчування, пов'язаного з віковими особливостями;

Б. Запальні процеси травної системи (гастроентероколіт, геморагічний васкуліт).

В. Механічні фактори (поліпи кишок, калові камені та ін.).

Однозначним залишається тільки механізм кінцевого впливу зовнішніх причин на нервово-м'язовий апарат кишок, який зводиться до дискоординації скорочень м'язів, появи ділянок спазму та паралічу. Виникнення захворювання неможливо пов'язати з яким-небудь одним етіологічним фактором. Їх різноманітність дозволяє говорити про поліетіологічність даного захворювання.

3. Основні елементи невідкладних заходів при інвагінації кишечника.

а) Лікування інвагінації кишок консервативне та оперативне.

б) Консервативний метод використовується за умови тривалості захворювання не більше 18-24 годин.

в) Консервативне лікування залежить від форми інвагінації. Здійснюється розправлення інвагіната повітрям під тиском 80-100 мм рт.ст. Техніка консервативного лікування.

4. Показання до оперативного лікування:

- Тривалість захворювання більше ніж 24 години;
- Наявність перитонеальних ознак;
- Виражений метеоризм;
- Неясний анамнез захворювання;
- Відсутність ефекту консервативного розправлення інвагінату.

5. Передопераційна підготовка:

- Тривалість передопераційної підготовки повинна становити не менше ніж 2 -3 години.

- Промивання шлунка, боротьба з гіпертермією, внутрішньовенне введення розчинів люкози, Рінгера та білкових препаратів.

6. Оперативні доступи:

- Правобічний трансректальний.

- Правобічний параректальний.

7. Основні ознаки визначення життєздатності защемленої кишки:

- а) серозна оболонка рожева, блискуча;
- б) судини брижі повинні пульсувати;
- в) кишка повинна перистальтувати;
- г) діаметр її не повинен бути більшим від діаметра привідної петлі;
- д) цілісність кишки.

Методи оперативного втручання:

1. Оперативна дезінвагінація без резекції защемленої кишки.

2. Якщо петля кишки нежиттєздатна виконується одномоментна її резекція ділянкою (7-10 см) привідної кишки і накладають прямий анастомоз кінець у кінець, кінець у бік (при резекції ілео-цекального кута)

3. В випадку важкого загального стану доцільно операцію проводити в два етапи (I етап - накладання стоми, II етап - ліквідація ентеростоми чи колостоми, накладання анастомозу).

Спайкова кишкова непрохідність.

Цей вид непрохідності стоїть на другому місці після інвагінації кишечника. Визначити етіологічні та патогенетичні причини виникнення спайкової непрохідності. Виділити ранню й пізню кишкову непрохідність, а також форму кишкової непрохідності за Г. А. Баїровим. (спайково-паретична - до 6-7 доби, проста - до 16 доби, відсрочена - до 30 доби). Звернути увагу на особливості клінічних ознак в залежності від виду кишкової непрохідності,

використання допоміжних методів діагностики, рентгенологічні стадії розвитку странгуляційної кишкової непрохідності за А.П.Хомутовим.

Трактування загальних принципів консервативної терапії та передопераційної підготовки.

Контроль клінічного перебігу та визначення показань до хірургічного лікування.

Узагальнити основні етапи хірургічного лікування ранньої та пізньої кишкової непрохідності. Оперативний доступ - серединна лапаротомія.

При пізній спайковій кишквій непрохідності допустимо висічення старого рубця.

Метою оперативного лікування є:

1. Усунення злук
2. цінка життєздатності кишки.
3. Санація черевної порожнини.
4. Декомпресія шлунково-кишковоф тракту.

Види оперативних втручань, що застосовуються в залежності від операційних знахідок:

- розтинання злук
- розділення злук при лапароскопії повний вісцероліз і інтенстінопластика
- резекція нежиттєздатної ділянки кишки з формуванням кишкового анастомозу
- накладання ілеостоми

Післяопераційне лікування

Диспансерне спостереження

Динамічна кишкова непрохідність.

Динамічна кишкова непрохідність серед усіх видів кишкової непрохідності становить 8 - 10%. Виділити класифікацію кишкової непрохідності. Визначити причини непрохідності в залежності від її виду. Віддиференціювати механізми виникнення, співвіднести клінічні прояви, зробити попередню оцінку допоміжних методів діагностики, вирізнити докази на користь того чи іншого діагнозу, обґрунтувати та сформулювати показання до консервативного та можливо оперативного лікування, стандартизувати його об'єм та ефективність.

Етапи лікування динамічної непрохідності:

1. Консервативна терапія основного захворювання.
2. Корекція порушень гомеостазу.
3. Дренування та промивання шлунка.
4. Підшкірне або внутрішньом'язове введення препаратів, що стимулюють перистальтику кишок (прозерин, церукал та ін.).
5. Регіонарна симпатична блокада за рахунок перидуральної анестезії.
6. Внутрішньовенне введення 0,25% розчину новокаїну, церукалу 0,5 - мг/кг.
7. Фізіотерапія (солюкс, УВЧ, мікроклізма з гіпертонічним розчином хлориду натрію).
8. Газовідвідна трубка через кожні 2 години протягом 10-15 хвилин.

Консервативне лікування ефективне, якщо воно проводиться в тій послідовності, яку подано вище, протягом 12-24 годин.

Б. Закрита травма живота.

Конкретні цілі.

1. Засвоїти перелік найчастіших механізмів ушкодження органів черевної порожнини при травмі.

2. Розпізнати основні клінічні прояви ушкодження порожнистих та паренхіматозних органів.
3. Диференціювати ушкодження порожнистих та паренхіматозних органів.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗД, рентгенологічний, КТ, лапароцентез, лапароскопія, радіоізотопна скінтиграфія).
5. Продемонструвати обстеження живота: огляд, перкусія, пальпація, аускультация, пальцьове ректальне дослідження.
6. Ідентифікувати особливості перебігу ушкоджень окремих органів черевної порожнини.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки пошкоджень органів черевної порожнини у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при кровотечі та тактику ведення хворого.
9. Тракувати загальні принципи лікування ушкоджень органів черевної порожнини, та визначити показання до хірургічного лікування.

Ушкодження паренхіматозних органів черевної порожнини.

1. Актуальність проблеми.
 - А). Закриті ушкодження паренхіматозних органів черевної порожнини, за даними різних авторів спостерігаються від 1 до 16,2%.
 - Б). Серед травматичних ушкоджень органів черевної порожнини в половині випадків травмується селезінка.
 - В). Розпізнавання ушкодження органів черевної порожнини - відповідальна та складна діагностична проблема.
2. Загальні дані ушкоджень:
 - А). Ушкодження паренхіматозних органів (селезінка, печінка, підшлункова залоза) супроводжуються проявом геморагічного синдрому.
 - Б). Пряма ознака ушкодження паренхіматозних органів - скупчення крові в черевній порожнині. До непрямих клінічних симптомів кровотечі відносять блідість шкіри, в'ялість, сонливість, запаморочення, похолодання кінцівок, тахікардія та ослаблення пульсу на периферичних судинах.
 - В). Розрізняють наступні ушкодження селезінки:
 - 1). Поверхневі надриви капсули.
 - 2). Підкапсульні гематоми.
 - 3). Розриви капсули та паренхіми.
 - 4). Відрив селезінки від судинної ніжки.
 - Г). Закриті ушкодження печінки поділяють на три групи:
 - 1). Підкапсульні гематоми.
 - 2). Розриви печінки з ушкодженням капсули.
 - 3). Центральні розриви печінки.
 - Д). Виділяють такі ушкодження підшлункової залози:
 - 1). Забій і набряк.
 - 2). Підкапсульна гематома.
 - 3). Поверхневий розрив з порушенням цілості капсули.
 - 4). Глибокий розрив залози (без ушкодження її протоки).
 - 5). Розчавлення та відрив ділянки залози.
3. Діагностика ушкоджень паренхіматозних органів базується на:
 - 1) Скаргах на біль, слабкість і т.п.
 - 2) Анамнезі : наявність травми.
 - 3) Клінічному обстеженні: загальні симптоми шоку, внутрішньочеревної кровотечі.
4. Додаткових методах дослідження:

- А). Рентгенологічне дослідження: оглядова рентгенограма черевної порожнини накопичення вільної рідини).
- Б). Ультразвукове дослідження (порушення цілісності органів, вільна рідина в черевній порожнині).
- В). Радіоізотопна сцинтиграфія (діагностика кровотеч з паренхіматозних органів).
- Г). Лапароцентез (виявляє наявність рідини, крові в черевній порожнині). Д). Лапароскопія - візуальний огляд органів черевної порожнини.

5. Консервативні заходи при ушкодженнях органів черевної порожнини:

А). При ушкодженні паренхіматозних органів

Етап	Захід	Лікарські заходи
I	Венозний доступ	Катетеризація периферичної чи центральної вени (при інтенсивній кровотечі центральної)
II	Гемостаз	А. Ендоваскулярний: а) введення внутрішньовенно 0,2-0,3 мл пітуїтрину, 1 мл 12,5% розчину етамзилата, 5-10 мл 5% розчину аміно-капронової кислоти Б. Терапевтичний: а) введення внутрішньом'язово 1 мл етамзилату, пітуїтрину б) введення внутрішньовенно 10% розчину кальцію хлориду, розчину фібрिनотичного, 5% розчину амінокапронової кислоти, пітуїтрину
III	Інфузійно-трансфузійна замісна терапія	Переливання елементів крові, білкових препаратів, кровозамісних рідин
IV	За відсутністю ефекту	Оперативне втручання.

6. Показання до екстреної операції:

- 1). Кровотеча, що продовжується, яка приймає загрозливий характер, особливо у хворих з геморагічним шоком
- 2). Кровотеча, що продовжується (після консервативних заходів, які неефективні.)

Пропонуються методи оперативних втручань:

- 1) При розриві печінки - зашивання рани печінки з перитонізацією сальником, чи застосування клею "Катсилу" для ліквідації рани чи застосування гемостатичної сітки "Сержисел"
- 2) При розриві селезінки - зашивання рани селезінки з перитонізацією сальником, чи застосування клею "Катсилу" для склеювання країв зони, чи застосування гемостатичної сітки "Сержисел". Спленектомія проводиться при ушкодженні воріт селезінки, її розчавлені, при невдалих спробах зашивання її поверхні та патологічних змінах тканин ушкодженого органу.

Ушкодження порожнистих органів черевної порожнини.

1. Актуальність проблеми.

А). Закриті ушкодження травної системи в дітей спостерігаються від 5 до 19%.

2. Загальні дані ушкоджень:

А). Частіше травмується, у силу анатомо-фізіологічних особливостей, тонка кишка, а саме її проксимальний відділ, біля зв'язки Трейца та дистальний відділ клубової кишки.

Б). Ізольовані проникні розриви шлунка та товстої кишки спостерігаються дуже рідко.

В). Найчастіший механізм ушкодження:

- 1). Роздавлювання (між передньою черевною стінкою та хребтом)-краш- травма.

- 2). Розрив брижі або брижового краю кишки.
- 3). Розрив перерозтягнутої кишкової петлі.
- Г). Закриті ушкодження бувають проникними й непроникними.
- Д) При проникних розривах розвивається клініка перитоніту.
3. Діагностика базується на:
 - А). Анамнестичних даних: наявність травми.
 - Б). Скаргах на біль, нудоту, блювоту.
 - В). Даних клінічного дослідження: болюча пальпація, тимпаніт при перкусії, симптом Щьоткіна-Блюмберга.
 - Г). Додаткових методів дослідження:
 - 1). Оглядова рентгенограма органів черевної порожнини (наявність вільного газу в черевній порожнині-симптом серпа).
 - 2). КТ-дослідження
 - 3). Лапароскопічне дослідження.
 4. Лікування ушкодження порожнистих органів черевної порожнини .
Проникаючі ушкодження порожнистих органів черевної порожнини є абсолютним показанням до невідкладної лапаротомії під загальним знеболенням.
Пропонуються наступні методи оперативних втручань:
 - 1). Рану шлунку ушивають дворядним швом з дренажуванням черевної порожнини.
 - 2). Ушкодження кишечника: рани ушиваються дворядними швами, при відривах кишки від брижі, кишку видаляють з накладенням анастомозу "кінець до кінця".
 - 3). При важкому стані дитини, або різко вираженому перитоніті операцію закінчують виконанням подвійної ілеостомії за Мікулічем.
 - 4). При проникаючих ранах товстої кишки на фоні перитоніту рану виводять на передню черевну стінку у вигляді протиприродного відхідника.

В. Кровотечі із травної системи. Портальна гіпертензія.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік захворювань, які спричиняють кровотечу із верхніх та нижніх відділів травної системи.
2. Розпізнати основні клінічні прояви кровотеч із верхніх та нижніх відділів травної системи.
3. Диференціювати кровотечі в залежності від причини виникнення.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗ, ФГДС, рентгенологічний, фіброколоноскопія, ректороманоскопія), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, НЬ, Нt, ОЦК).
5. Продемонструвати зондування шлунка, пальцьове ректальне дослідження, охарактеризувати склад шлункового вмісту та випорожнень.
6. Ідентифікувати особливості перебігу окремих захворювань травної системи, що супроводжуються кровотечею.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення кровотечі у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при кровотечі та тактику ведення хворого.
9. Тракувати загальні принципи лікування захворювань, що супроводжуються кровотечею та визначити показання до хірургічного лікування.

Виразкова хвороба 12-палої кишки.

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

1. Актуальність проблеми

А) Кровотеча відмічається у 5-8% хворих дітей, у 55% вона обумовлена виразковою хворобою.

Б) Розпізнавання кровотечі - відповідальна та складна діагностична проблема, яка потребує професійних знань та вмінь.

2. Загальні дані ускладнення

А) Характерна множинність дефектів слизової оболонки по задній стінці цибулини 12-палої кишки, що зустрічаються в 3-4 рази частіше, ніж поодинокі виразки у зв'язку з пониженням інтенсивності кровопостачання.

Б) Виразкова кровотеча виникає у 60% дітей, коли виразка перевищує за розміром 7мм.

В) Гострі кровотечі у 17% виникають при успадкуванні хвороби Віллебранда, тромбоцитопатій, синдрому Елерса-Данлоса (IV тип), Золлінгера-Еллісона.

Г) У 62% дітей рівень базальної шлункової секреції 10-15 ммоль/л-г (при N< 5ммоль/л-г) - є прогностично неблагоприємною ознакою.

3. Етапи невідкладних заходів при гострій кровотечі

Етап	Захід	Лікарські засоби
I	Промивання «крижаними» розчинами	Крижана вода, ізотонічний розчин натрію хлориду, 2% розчин натрію гідрокарбонату, 5% розчин АКК
II	Гемостаз	А. Ендоскопічний а) зрошування джерела кровотечі охолодженим 5% розчином АКК, 10%, розчином кальцію хлориду, 0,1% розчином норадреналіну б) діатермокоагуляція в) фотокоагуляція г) клейова аплікація д) кліпсування судин металічними кліпсами Б. Ендоваскулярний а) введення, у артерії 0,2 — 0,3 мл пітуїтріна для ін'єкцій, 1 мл 12,5% розчину етамзилата, 5 — 10 мл 5% розчину АКК б) емболізація артерій В. Терапевтичний а) введення всередину 5% розчину АКК б) введення внутрішньом'язово 1% розчину вікасола, 12,5% розчину етамзилата, пітуїтріна в) введення внутрішньовенно 10% розчину кальцію хлориду, розчину фібріногена, 5% розчину АКК, пітуїтріна, омепразола, сандостатіна
III	Інфузійно-трансфузійна замісна терапія	Переливання компонентів крові, білкових препаратів, кровозамісних рідин, застосування зонду Блекмора.
IV	За відсутності ефекту	операція

Примітка: АКК - аміно-капронова кислота

4. Показання до екстреної операції

- продовжуюча кровотеча, яка приймає загрозливий характер, особливо у хворих з геморагічним шоком.
- продовжуюча кровотеча, коли при масивній крововтраті всі консервативні заходи, включаючи терапевтичний ендоскопічний, ендovasкулярний гемостаз, неефективні
- рецидивуюча кровотеча, яка виникає після короткої перерви, особливо при виразці 12-палої кишки, розташованій постбульбарно з "видимою" арозійною судиною на дні виразки.

Пропонуються методи:

1. Прошивання пошкодженої судини або секторальна резекція.
2. Резекція 2/3 шлунка за Більрот I або II в модифікації Гофмейстера-Фінстера.

Портальна гіпертензія.

Визначення етіологічних та патогенетичних причин виникнення кровотечі. Використання допоміжних методів діагностики. Трамбування загальних принципів лікування та зупинки кровотечі. Контроль клінічного перебігу та визначення показань до хірургічного лікування, використання зонду Блекмора. Сучасні підходи до лікування: склерозування судин, гастростомія, прошивання та перев'язування вен гастро-стравохідного переходу, накладання спленоренального чи кавомезентеріального судинних анастомозів.

Кровотечі з нижніх відділів травного тракту (кровоточущий дивертикул Меккеля, поліпи, тріщини, геморой).

Визначити причини кровотеч, віддиференціювати механізми виникнення, співвіднести клінічні прояви, використати допоміжні методи діагностики, вирізнити докази на користь того чи іншого діагнозу, сформулювати показання до консервативного та оперативного лікування, стандартизувати його об'єм та ефективність.

Об'єм хірургічного втручання:

1. Резекція дивертикула Меккеля
2. Видалення поліпів або сегментарна резекція кишки при поліпах на широкій основі.
3. Продемонструвати особливості огляду дитини з хірургічною патологією черевної порожнини, визначити локальні симптоми, симптоми запалення черевної порожнини.
4. Ідентифікувати особливості перебігу гострого апендициту, холецистити, панкреатиту, виразково-некротичного ентероколіту, які супроводжуються запаленням черевної порожнини.
5. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення запалення органів черевної порожнини та ускладнень.
6. Запропонувати алгоритм дії лікаря при виникненні клініки запалення органів черевної порожнини.
7. визначити конкретні дії лікаря на догоспітальному етапі та загальні принципи лікування хворих дітей з запаленням органів черевної порожнини, що потребують хірургічного втручання.

Тема 23.2. Гнійно запальні захворювання черевної порожнини у дітей

Конкретні цілі:

1. засвоїти основний перелік хірургічних захворювань у дітей, які пов'язав, з запаленням органів черевної порожнини.
2. розпізнати основні клінічні прояви та локальні симптоми запалення органів черевної порожнини.
3. Диференціювати симптоматику запальних захворювань черевної порожнини які потребують хірургічного втручання.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (КТ УЗ рентгенологічне термометричне, пальцьове ректальне дослідження), лабораторні та біохімічні аналізи, лікувально-діагностичну лапароскопію.

Гострий апендицит.

Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, особливостей клінічного перебігу в залежності від віку дитини, діагностики та лікування.

1. Актуальність проблеми.
 - а) Найбільш часта хірургічна патологія черевної порожнини у дітей при якій час визначає результат.
 - б) Кількість діагностичних помилок на догоспитальному етапі складає понад 50-70%
2. Анатомо-фізіологічні особливості органів черевної порожнини
 - а) у дітей віком до 6 місяців гострий апендицит зустрічається дуже рідко. Це пов'язано з його формою, незначною кількістю лімфоїдної тканини, особливостей харчування
 - б) У дітей віком від 1 до 3 років відмічаються токсикосептичні та розповсюджені форми гострого апендициту. Це пов'язано з особливостями розвитку черевної порожнини її органів, імунітету. В старшому віці з'являються механізми імунного захисту та обмеження запального процесу.
 - в) Предпубертатні та пубертатні періоди розвитку у дівчат, які проявляються дискомфортом зв'язаним з формуванням функції статевих органів малого тазу ускладнюють діагностику гострого апендициту.
3. Клінічні форми:
 - I) гострий катаральний апендицит - паросток виглядає гіперемованим, набряклим
 - II) гострий флегмонозний апендицит - паросток покритий фібринозно-гнійним шаром в порожнині очеревини є гнійний вміст.
 - III) гострий гангренозний апендицит - на стінці паростка є ділянки гангрену
 - IV) перфоративний апендицит. Стінка паростка має перфоративний отвір вміст в порожнині очеревини гнійний.
 - V) апендикулярний інфільтрат

4. Етапи невідкладних заходів при гострому апендициті:

Огляд на дошпитальному етапі. Визначення локальних симптомів: Філатова Сітковського, Кохера, Щьоткіна-Блумберга, Образцова, Москаленко). Направлення в хірургічний стаціонар. Додаткові методи дослідження. Пальцьове ректальне дослідження, термометрія вимірювання пульсу, аналізи крові, сечі. При необхідності УЗ дослідження

Загальне знеболення. Лапароскопічна або відкрита апендектомія: огляд черевної порожнини, виключення дивертикула Меккеля та патології органів малого тазу у дівчат

Ускладнення гострого апендициту - перитоніт. Інтоксикація. Розповсюдженість, напруження очеревини, симптом Щьоткіна-Блумберга. Передопераційна підготовка 2-4 годин. Лапаротомія, лапароскопія з санацією черевної порожнини та дрениванням.

Гострий холецистит.

Захворювання пов'язано з запаленням жовчного міхура або вадами розвитку жовчних протоків. Калькульозний холецистит зустрічається у дітей старшого віку.

Визначення етіологічних та патогенетичних причин виникнення деструктивних форм холецистита, які потребують хірургічного втручання.

Клінічні симптоми та допоміжні методи діагностики. Тракткування загальних принципів лікування холециститу та визначення показників до хірургічного лікування. Застосування лапароскопії як діагностичного та лікувального заходу.

Гострий панкреатит.

У дітей найчастіше причинами запального процесу можуть бути вірусні захворювання, токсикоз-алергічні реакції, а також механічні та нейрогуморальні фактори. Визначити форму протікання захворювання на підставі клінічних проявів, УЗ діагностики, біохімічних підтверджень. Вирізнити докази на користь тієї чи іншої форми гострого панкреатиту (набрякова та деструктивна), сформулювати показання до консервативного та оперативного лікування, стандарти, його об'єм та ефективність.

Хірургічне втручання найбільш результативне за допомогою лапароскопічного методу з розтинном шлунково-поперечноободкової зв'язки та обов'язковим дрениванням.

Перитоніт новонароджених

Найбільш часте захворювання, яке призводить до летального кінця у 10-30% малюків. Первинні перитоніти складають біля 25% найбільш складні в лікувальному плані вторинні перитоніти (75%). Визначити причини перитоніту, вхідні ворота, та шляхи інфікування очеревини. Віддиференціювати механізми виникнення, співвіднести клінічні прояви, використати допоміжні методи діагностики, вирізнити докази на користь первинного чи вторинного перитоніту. Вторинний перитоніт розібрати на прикладі лікування дітей з виразковим некротичним ентероколітом. Сформулювати показання до консервативного та оперативного лікування, стандартизувати його об'єм та ефективність.

Об'єм хірургічного втручання

1. Дренивання черевної порожнини при первинному перитоніті або у дітей в критичному стані.
2. Резекція пошкодженої частини кишки; первинний кишковий анастомоз при ураженні верхніх відділів тонкої кишки, формування ентеростоми або колостоми.
3. Подальше формування анастомозів кінець у кінець, або кінець у бік.

Тема 23.3. Травма грудної порожнини та ушкодження стравоходу. Гнійні захворювання легенів та плеври.

А. Травма грудної клітки та органів грудної порожнини. Ушкодження стравоходу.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік найчастіших механізмів ушкодження органів грудної порожнини при травмі.
2. Розпізнати основні клінічні прояви ушкодження органів грудної клітки.
3. Диференціювати ушкодження органів грудної клітки.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗД, рентгенологічний, КТ.).
5. Продемонструвати обстеження грудної клітки: огляд, перкусія, пальпація, аускультация
6. Ідентифікувати особливості перебігу ушкоджень окремих органів грудної порожнини

7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки ушкоджень органів грудної порожнини у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при травмі органів грудної порожнини та тактику ведення хворого.
9. Трактувати загальні принципи лікування ушкоджень органів грудної порожнини, та визначити показання до хірургічного лікування

Травма грудної клітки та органів грудної порожнини.

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

1. Актуальність проблеми.

А. Ушкодження грудної клітки зустрічаються досить часто, вони становлять до 3,4% усіх травм дитячого віку.

Б. Розпізнавання ушкоджень органів грудної клітки - відповідальна та складна діагностична проблема у визначенні показань до термінового оперативного втручання.

2. Загальні дані ушкоджень.

Класифікація:

1. Удари м'яких тканин грудної клітки у дітей - найчастіший і легкий вид травми.

2. Закриті травми грудної клітки:

- а) без ушкодження внутрішніх органів;
- б) з ушкодженням органів грудної порожнини;
- в) торакоабдомінальні ушкодження.

3. Відкриті ушкодження грудної клітки:

- а) без ушкодження внутрішніх органів;
- б) з ушкодженням внутрішніх органів;
- в) торакоабдомінальні ушкодження.

3. Діагностика ушкоджень.

А. Фізикальні дані обстеження: аускультация, перкусія.

Б. Рентгенологічні методи обстеження: оглядова рентгенограма грудної клітки.

В. Діагностична плевральна пункція та визначення об'єму гемотораксу (малий-0,25% від маси тіла, середній-0,5% від МТ., великий > 1%)

4. Клінічний перебіг ушкоджень грудної клітки.

А. Період гострих травматичних порушень (12-48 годин) - переважають: синдром плевро-пульмонального шоку, внутрішньолегенової кровотечі, легенової та легеново-плевральної кровотечі, гострої дихальної недостатності. Причини: шок, кровотеча, зміщення органів середостіння. Ускладнення: гемоторакс (малий, середній, великий), внутрішньолегенові гематоми, що збільшуються в розмірах, пневмоторакс, гемопневмоторакс (простий, напружений), флотація середостіння, медіастиніт та підшкірна емфізема.

Б. Ранній посттравматичний період (1-4 доби) - переважають синдром виключення з акту дихання ділянки легенової паренхіми, гострої дихальної недостатності. Причина: колапс легені, пост травматичний пневмоторакс та ателектази, гемоторакс, легенові кровотечі.

В. Період ранніх ускладнень (пізній посттравматичний період) 5-14 доба. Переважають синдром виключення з акту дихання легенової паренхіми та гнійно-септичні осередки, інколи синдром легенової та легеново-плевральної кровотечі.

Г. Період пізніх ускладнень та наслідків (після 15 доби) - переважають гнійно-септичні осередки, синдром хронічного гнійного бронхолегенового та плеврального процесу.

6. Етапи невідкладних заходів при гострій травмі грудної клітки.

№ з/п	Захід	Лікарські засоби
1.	Боротьба з больовим синдромом	1. Анальгетики: Анальгін 50% 0,1 на рік життя; Кетонал 2,0 мг/кг ваги; 2. Наркотичні засоби: Промедол 2% - діти після 3 років 0,1-0,3 мг/кг; 3. Блокади: а) блокада міжреберних нервів: розчин новокаїна 0,25%, розчин лідокаїна 2% б) вагосимпатична блокада: розчин новокаїна 0,25%, розчин лідокаїна 2%
2.	Усунення дихальної і недостатності	1. Санація носоглотки та трахеобрехіального дерева. 2. Зволожений кисень. 3. Інгаляція аерозоллю з муколітичними препаратами.
3.	Антибактеріальна і терапія	Антибіотики широкого спектру дії.
4.	Місцева терапія	1. Діагностична плевральна пункція в V - VI міжребер'ї по передній, задній або середній пахвовій лінії. При наявності повітря або крові: торакоцентез, дренажування плевральної порожнини.

6. Показання до оперативного втручання.

Наявність профузної кровотечі або повторне її накопичення протягом 1,5-2 годин в об'ємі, що перевищує середній гемоторакс є показанням до торакотомії з гемостатичною метою.

Об'єм оперативного втручання залежить від характеру ушкодження (ушивання рани легені; клиноподібна резекція, лобектомія, ушивання великих бронхів та судин), можливість відеоторакокопічних втручань.

При внутрішньолегеневих кровотечах використовується бронхоскопія, бронхоблокада часткових бронхів, в подальшому видалення бронхоблокатора або оперативне втручання.

Ушкодження стравоходу.

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

1. Актуальність проблеми.

А. У дітей ушкодження стравоходу зустрічаються порівняно рідко. Але тяжкість перебігу і складність лікування ушкодження стравоходу складають проблему, яка вирішується терміново бо згодом виникають серйозні ускладнення.

Б. Розпізнавання ушкодження стравоходу - відповідальна та складна діагностична проблема, яка полегшується наявністю прогресуючої підшкірної емфіземи та медіастинального процесу.

2. Загальні дані ускладнення.

А. При ушкодженні стравоходу стороннім тілом пошкодження частіше незначне.

Б. Перфорація стравоходу під час бужування, чи інструментального дослідження супроводжується симптомами шоку: дитина бліда, пульс слабкого наповнення, знижується АТ.

3. Діагностика ушкоджень стравоходу базується на:

А. Анамнестичних даних.

Б. Скаргах хворого.

В. Клінічних даних (симптомах шоку, медіастиніту, порушення дихання).

Г. Інструментальних методів діагностики (рентгенконтрасні дослідження стравоходу з водорозчинними контрастними речовинами).

Д. Езофагоскопії.

4. Лікування складається з таких розділів:

А. Антибактеріальна терапія.

Б. Дренування середостіння (верхні відділи за Розумовським, середні та нижні інтраплевральним чи екстраплевральним доступом за Насиловим).

В. При значних ушкодженнях стравоходу показано ушивання останнього й дренування середостіння, а також накладання гастростоми.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік захворювань, які спричиняють внутрішньо-грудну напругу.
2. Розпізнати основні клінічні прояви внутрішньо-грудної напруги (внутрішньо-легеневої і внутрішньо-плевральної).
3. Диференціювати внутрішньо-грудну напругу в залежності від причини виникнення.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження: УЗД, рентгенологічне, лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (АД, Р, t°, НГ, Нt).
5. Продемонструвати техніку виконання плевральної пункції, пункцію внутрішньо легеневих новоутворень.
6. Розповісти техніку торакоцентезу, а також дренування плевральної порожнини, накладання системи пасивної чи активної аспірації.
7. Ідентифікувати особливості перебігу окремих захворювань легенів та плеври, що супроводжуються внутрішньо-грудною напругою.
8. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення внутрішньо-грудної напруги у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
9. Запропонувати алгоритм дії лікаря при синдромі внутрішньо-грудної напруги та тактику ведення хворого.
10. Тракувати загальні принципи лікування захворювань, що супроводжуються внутрішньо-грудним напруженням та визначити показання до хірургічного лікування.

Б. Гнійні захворювання легенів та плеври. Гостра деструктивна пневмонія (ГДП), внутрішньо-легенева форма.

До внутрішньо-легеневої деструкції відноситься: бульозна форма, гострий лобіт, абсцес.

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

1. Актуальність проблеми.

А) Ускладнена напруженням була спостерігається в кожному другому випадку бульозної форми, які зустрічаються в 7-9% гострої деструктивної пневмонії;

Б) Розпізнавання причини внутрішньо-легеневого напруження - відповідальна та важлива діагностична задача для лікарів-педіатрів та лікарів загальної практики

2. Загальні дані ускладнення.

Були виникають в результаті дії ендотоксину на паренхіму легені при гострій деструктивній пневмонії.

А) Були можуть ускладнюватись:

1. Напруженням.

2. Нагноєнням.

Б) Були, що ускладнюються напруженням, викликають синдром внутрішньо-легеневого напруження.

В) Були можуть виникати на початку, в розпалі та на завершенні перебігу гострої деструктивної пневмонії.

Г) Найвища ступінь внутрішньо-грудної напруги характеризується рентгенологічним симптомом - медіастінальної грижі (коли медіальна стінка напруженої були переходить за середню лінію грудної клітки).

3. Етапи невідкладних заходів при синдромі внутрішньо-грудної напруги, визваної ГДП.

А) Діагностична пункція після визначення місця пункції під рентгенологічним та УЗ контролем.

Б) Торакоцентез, дренажування були за Мональдї з накладанням систем пасивної аспірації за Бюлау, або активної аспірації.

Гостра деструктивна пневмонія (легенево-плевральна форма) Піоторакс, піопневмоторакс, пневмоторакс.

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

1. Актуальність проблеми. А. На початку захворювання важливу роль в етіології ГДП надається стафілококу (47,0% в монокультурі та асоціаціях), далі приєднується грам негативна мікрофлора, серед якої найбільшу питому вагу має синьо-гнійна паличка. Двостороння ГДП зустрічається в 7-9%

Б. Серед легенево-плевральних ускладнень ГДП на першому місці стоїть піопневмоторакс 40-43%, піоторакс в 25-27%.

В. Напруження в плевральній порожнині створює легенево-плевральні сполучення (бронхо-плевральні нориці), які зустрічаються в 35-46% ГДП.

2. Діагностика внутрішньо-легеневого напруження ґрунтується на фізикальних даних, рентгенологічному обстеженні та діагностичній пункції плевральної порожнини.

3. Етапи невідкладних заходів при синдромі внутрішньо-грудної напруги визваної ГДП, включаючи санаційні бронхоскопії.

А) Діагностична пункція після визначення місця пункції під рентгенологічним та УЗ контролем.

Б) Торакоцентез, дренажування плевральної порожнини з накладанням систем пасивної аспірації за Бюлау, або активної аспірації. Виконання оклюзії відповідного бронха за показаннями. В особливо тяжких випадках у дітей старшого віку оперативне втручання.

В) Визначення ускладнень ГДП; синдром системної відповіді на інфекцію, перикардит, медіастінальна емфізема (проста та прогресуюча), кровотеча легенева, легенево-плевральна, внутрішньо-плевральна.

Г) Показання до відеоторакоскопічного втручання.

Тема 23.4. Сечокам'яна хвороба. Синдром набряклої мошонки. Травматичні ушкодження сечовивідної системи.

А. Сечокам'яна хвороба

Конкретні цілі:

1. Засвоїти основні теорії каменеутворення та патогенезу сечокам'яної хвороби.
2. Розпізнати основні клінічні прояви сечокам'яної хвороби в залежності від віку дитини; розміру та розташування каменя, наявності інфікування.
3. Диференціювати сечокам'яну хворобу в залежності від рівня ушкодження.
4. Тракувати допоміжні методи дослідження (УЗ, оглядова рентгенограма, екскреторна урографія, пневмоцистографія та висхідна урографія), лабораторні та біохімічні аналізи.
5. Продемонструвати пальпацію поперекової ділянки, катетеризацію сечового міхура, охарактеризувати склад сечі та склад каменів.
6. Ідентифікувати особливості перебігу окремих захворювань сечостатевої системи, що супроводжуються нирковою колікою.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення болю та макрогематурії у окремих хворих, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при нирковій коліці та тактику ведення хворого.
9. Тракувати загальні принципи лікування, що супроводжуються нирковою колікою, синдромом гематурії та визначити показання до хірургічного лікування.

Сечокам'яна хвороба нирок.

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

1. Актуальність проблеми

А) Каміні в порожнинах нирок зустрічаються у 60-70% хворих дітей, сечоводів 20-25%, сечового міхура та сечівника -15-20%

Б) Розпізнавання та діагностика каменів в порожнинах нирок - складна діагностична проблема, яка залежить від правильного сортування хворих, підготовки та обстеження дітей. ■

2. Загальні дані ускладнення.

А. В організмі у дитини більше, ніж у дорослого позаклітинної рідини, яка легко губиться при діарейі, блювоті та підвищенні пітливості при високій температурі тіла. Швидке зневодження приводить до порушення мінерального обміну, згущення крові, зменшення діурезу, підвищення концентрації сечі, що є сприятливими умовами для створення сечових каменів.

Б. Порушення уродинаміки у дітей є одним із важливих факторів каменеутворення. Уростаз сприяє випадінню кристалів в сечі і призводить до порушення кровообігу в нирці та розвитку пієлонефриту. Головна причина уростазу - вади розвитку сечовивідної системи, а утворення каменю стає причиною уростазу. Внаслідок цього виникає інтенсивна біль в поперековій ділянці.

В. Фізичне навантаження при сечокам'яній хворобі може стати причиною макрогематурії.

3. Етапи невідкладних заходів при нирковій коліці та лікування сечокам'яної хвороби

Етап	Захід	Лікарські засоби та втручання
1.	Уведення анальгетичних та спазмолітичних засобів.	Вводяться спазмолітики: нейротропні та міотропні. Нейротропні спазмолітики визивають спазмолітичний ефект шляхом порушення передачі нервових імпульсів через М - холінорецептори. Можна застосувати бутил-скополамін (бускопан, спазмобрю, бускоцин) - призначення за віком.

		Застосовуються також селективні холінолітики -баралгетас, баралгін, максіган, ренальган, спазмолгон, спазмогард.
2.	Теплові блокади процедури, блокади.	Теплові ванни, грілка.Блокада круглої зв'язки матки або сім'яного канатика за Лоріном-Епштейном проводиться при неефективності вище перелікованих заходів.
3.	Катетеризація сечоводу	
4.	Видалення конкременту консервативним шляхом	Призначення "водних ударів", застосування спазмолітичних засобів - бутилскополаміна, но-спазм, баралгін, баралгетас. Для стимуляції відходження каменів нижньої третини сечоводу застосовують адреноблокатори групи дротаверіна-доксазозин, кардура, альфузозін, тамсулозін (омнік) Діатермія, вібротермія
5.	Фізіолікування	
6.	Літотрепсія	
7.	За відсутності ефекту	Оперативне лікування
8.	Лікування хронічного калькульозного пієлонефриту	а)Застосовуються антибактеріальні та протизапальні препарати. Частіше всього запальний процес викликає кишкова паличка, або грам- негативні бактерії, стафілокок і ентерококи. При наявності каменів -висіваються Proteus та Pseudomonas. Імперичне призначення антибіотиків на перших етапах лікування, а в подальшому - на основі даних антибіотикограми. Призначаються цефалоспоріни 3-го та 4-го покоління. Цефалоспоріни 3-го покоління - при пероральному застосуванні цефіксим (лопракс), цефтибутен (цедекс), парентерального - цефотаксим натрія; цефтриаксон (лораксон, медаксон, терцеф), цефоперазон (цефобид, медоциф), цефтазидим (фортум, цефтум). Цефалоспоріни 4-го покоління -цефепим, максипим. б) У дітей старшого віку можливе застосування фторхінолонів - цiproфлоксацин (ципринол, ципробай, норфлоксацин). в) Призначення препаратів, покращуючих кровообіг - пентоксофілін, 0,33% ацетілсаліцилова кислота г) Для зменшення інфільтрації тканин та рубцювання - траумель, лімфоміозот, коензім, композітум і т.і., фізіолікування

Сечокам'яна хвороба сечових шляхів.

Визначення головних клінічних проявів сечокам'яної хвороби. Використання лабораторних та допоміжних методів діагностики, інтерпретування одержаних даних.

Трактування загальних принципів лікування: консервативні та оперативні методи лікування. Видалення каменю за допомогою сечовідної петлі при цистоскопії. Визначення показань до оперативного втручання.

Сучасні підходи до лікування.

Видалення каменю. Реконструктивні оперативні втручання, які направлені на ліквідацію порушень уродинаміки.

Сечокам'яна хвороба сечового міхура.

Визначити причини та патогенез розладів акту сечовипускання, гематурії. Віддиференціювати механізм виникнення, співвіднести клінічні прояви, використати допоміжні методи діагностики. Трактувати загальні принципи лікування сечокам'яної хвороби, вирізнити докази на користь того чи іншого діагнозу. Сформулювати тактику ведення хворого на етапах лікування, визначити показання до консервативного та оперативного лікування, стандартизувати його об'єм та ефективність. Об'єм втручання 1. Видалення каменю цистоскопічно. 2. Видалення каменю оперативним шляхом.

Б. Синдром набряклої мошонки.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік захворювань, які призводять до набряклої мошонки.
2. Розпізнати основні клінічні прояви захворювання та ушкоджень мошонки.
3. Диференціювати ушкодження мошонки в залежності від причин, які призвели до набрякlosti мошонки.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗ, доплерографія), лабораторні та біохімічні аналізи.
5. Продемонструвати візуальне виявлення ураженої гідатіди та діафаноскопію, пункцію (при наявності запального випоту, гематоми).
6. Ідентифікувати особливості перебігу захворювань, що призводять до набряклої мошонки.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення гострого запалення яєчка, обґрунтувати та сформулювати попередній діагноз.
8. Запропонувати тактику ведення хворого із захворюваннями, які призвели до гострого запалення яєчка.
9. Трактувати загальні принципи лікування захворювань, що супроводжуються гострим запаленням яєчка і мошонки та визначити показання до хірургічного лікування.

Перекрути гідатіди

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

1. Актуальність проблеми.

А. Гостре захворювання яєчка, пов'язане із перекрутом гідатіди Морган'ї, зустрічається у 5% хворих та становить 2/3 всіх гострих захворювань яєчка.

Б. Своєчасне розпізнання перекрута гідатіди Морган'ї - відповідальна діагностична проблема у зв'язку з виникненням ускладнень.

2. Загальні дані ускладнення.

А. Гостре ураження гідатіди Морган'ї виникає внаслідок порушень лімфо- та кровообігу, венного стазу яєчка, що призводить в подальшому до атрофії яєчка.

Б. Особливості венної системи лівого яєчка, висока венна гіпертензія може призвести до тромбозу судин гідатіди, та порушенню продуктивної функції яєчка.

В. Перекрути, ротація гідатіди Морган'ї може виникнути при епідидиміті, порушенні кровообігу та внаслідок тромбозу вен, становить 5% хворих гострого ушкодження яєчка.

Г. У окремих хворих спостерігається геморагічний інфаркт, внаслідок запалення визначаються окремі ділянки інфікування.

Д. Розвиток хронічної водянки яєчка, вторинний епідидиміт може призвести до обструкції сім'янесучих шляхів.

- одним із механізмів атрофії яєчка при гострому ушкодженні яєчка може бути аутоімунні реакції.

2. Етапи невідкладних заходів при гострому захворюванні яєчка.

Етап	Захід	Лікарські засоби
1.	Передопераційна підготовка	Введення знеболюючих препаратів
2.	Оперативне втручання	Видалення гідатіди, дренажу оболонок яєчка Блокада сім'яного канатика 0,25% розчином новокаїна + розчин гідрокортизону
3.	Післяопераційне ведення хворого	1. Ведення антибіотиків при значному запаленні яєчка; 2. Блокада сім'яного канатика – розчином гідрокортизону + 0,25% новокаїна 3. Призначаються судинні препарати- пентоксифілін, трентал. Вітаміни групи Є, А- антиоксиданти; Препарати, відновлюючі будову сім'яних клітин. 4. Гіпербарична оксигенація.

Гостро виникше гідроцеле оболонок сім'яного канатика та яєчка

Визначення етіологічних та патогенетичних причин виникнення гідроцеле яєчка. Використання допоміжних методів діагностики. Контроль клінічного перебігу. Тракткування загальних принципів діагностики та лікування. Визначення показань до хірургічного лікування. Об'єм хірургічного втручання.

Перев'язування піхвового відростку очеревини - операція Росса. При необхідності - операція Лорда, Вінкельмана чи Бергмана.

Перекрути сім'яного канатика.

Визначити причини перекрута сім'яного канатика, віддиференціювати механізми виникнення, співвіднести клінічні прояви, використати допоміжні методи діагностики, вирізнити докази на користь того чи іншого діагнозу, сформулювати показання до оперативного, лікування.

Сучасні методи хірургічного втручання.

1.Скромія, деторсія яєчка та його фіксація за нижню зв'язку до перегородки мошонки.

2.Орхектомія, дренажу при некрозі яєчка.

В. Травматичні ушкодження сечовивідної системи.

Конкретні цілі:

1. Визначити анатомічні структури, що підлягають ушкодженню.
2. Вирізнити та згрупувати клінічні ознаки, які характеризують забій м'яких тканин, ознаки які вказують на кровотечу та ознаки, що характеризують розрив органів вигідної системи.

3. Проілюструвати клінічні ознаки на прикладі хворого з травматичним ушкодженням та сформулювати попередній діагноз, визначити стан хворого, наявність шоку.
4. Диференціювати ушкодження в залежності від анатомічних структур сечовивідної та статеві систем та основного виду: забій, розрив, поєднанні травми.
5. Скласти план обстеження та інтерпретувати допоміжні методи дослідження (УЗ, рентгенологічний, урографія, уретрографія, КТ та інш.), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нв, Нt, ОЦК, ЦВТ).
6. Продемонструвати за показаннями можливість катетеризації сечового міхура та надлобкової пункції сечового міхура.
7. Ідентифікувати особливості перебігу окремих ушкоджень статевої та сечовивідної систем.
8. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки того чи іншого ушкодження та вирізнити основне ускладнення: кровотеча, сечовий заплив.
9. Запропонувати алгоритм дії лікаря при травматичних ушкодженнях та визначити тактику ведення конкретного хворого.
10. Надати невідкладну медичну допомогу при основних ушкодженнях сечовивідної системи у дітей та виконати необхідні медичні маніпуляції: вимірювання артеріального тиску, визначення групи крові та Rh-фактору, катетеризація сечового міхура або надлобкова пункція, новокаїнові блокади.
11. Визначення показання до оперативних втручань в залежності від виду ушкодження: ушивання, цистостомія, нефростомія, дренивання приміхурового та приниркового простору, парауретеральної гематоми гемі-або-нефректомія, перінео - та скрототомія, орхідектомія.

Ушкодження мошонки та сечівника.

1. Види ушкодження мошонки. Забій, розрив, вивих та защемлення яєчка. Підкапсульна та внутрішньопаренхіматозна гематоми. Види розриву яєчка за Я.Б.Юдіним. Клінічні прояви. Диференційна діагностика з перекрутом сім'яного канатика, яєчка та гідатид, алергійним набряком, орхітом. Показання до консервативного та оперативного втручання.
2. Ушкодження сечівника проникні та непроникні здебільшого задньої частини уретри. Клініка - уретрорагія, гематома промежини, затримка сечовипускання. Діагностична уретерографія. В лікуванні - цистостома, дренивання периуретеральної гематоми та сечових заплівів. Катетеризація сечового міхура протипоказана.

Ушкодження сечового міхура.

За класифікацією: внутрішньочеревні та позачеревні.

В клініці переважають перитонеальні симптоми або сечовий заплив в позачеревну порожнину. Сечовипускання або відсутнє, або болісне з незначною кількістю сечі, забарвленої кров'ю.

В діагностиці - цистографія.

Лікування оперативне: нижня середина лапаротомія, ушивання сечового міхура дворядним швом, дренивання черевної порожнини, цистостомія в залежності від важкості

внутрішньочеревного розриву. При позачеревному розриві - цистостомія, дренування приміхурового простору.

Ушкодження нирок.

Класифікація ушкоджень в залежності від цілості фіброзної капсули.

Тяжкі ушкодження: розчавлення нирки, відрив ниркової ніжки, відрив сечоводу. Відповідні клінічні прояви і ознаки шоку, біль, гематурія, пухлино- подібне утворення внаслідок поширення урогематоми, перитонеальні явища.

В діагностиці - УЗД, невідкладна екскреторна урографія; КТ за показаннями. Лікування консервативне при ушкодженнях I—II ступеня. При розривах III—V ступенів перевага органозберігаючим втручанням: видалення урогематоми, ушивання розривів, нефростома та дренування приниркового простору. При порушенні кровообігу в травмованій нирці - нефректомія.

Тема 23.5 Гнійно-запальні захворювання м'яких тканин. Гнійно-запальні захворювання кісток та суглобів

А. Гнійно-запальні захворювання м'яких тканин.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти перелік гнійно-запальних захворювань м'яких тканин, які характерні для новонароджених, стадії розвитку септичного процесу.
2. Розпізнати основні клінічні прояви гнійно-запальних захворювань шкіри, підшкірної клітковини та інш.
3. Диференціювати форми захворювань та стан дитини, стадії септичного процесу.
4. Інтерпретувати допоміжні методи діагностики: термометрія, УЗД, рентгенографія, аналізи крові, сечі, цитологічні та бактеріологічні дослідження.
5. Продемонструвати особливості симптомів запалення у новонароджених (розповсюдженість процесу, флюктуацію, запалення пупка, грудної залози та інш.).
6. Ідентифікувати підхід до оцінки стану та форми перебігу гнійно-запальних захворювань м'яких тканин.
7. Проаналізувати причинно-наслідковий зв'язок виникнення гнійно-запальних захворювань у новонароджених, розвиток тяжких форм.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при простих та токсичних формах гнійно-запальних захворювань м'яких тканин.
9. Трактувати загальні принципи лікування гнійно-запальних захворювань м'яких тканин. Відокремити тактику при простих та токсичних формах захворювань.

Флегмона новонароджених, омфаліт, мастит.

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

1. Актуальність проблеми.

а) Частота гнійно-запальних захворювань м'яких тканин у новонароджених, що потребують лікування в стаціонарах 30 - 50%. Серед них флегмона новонароджених у 13%, омфаліт - 17%, мастит - 11%, пара проктит - 6%.

б) Анатомо-фізіологічні особливості шкіри та підшкірної клітковини, грудної залози, формування пупка та його кровопостачання.

2. Загальні дані.

А) При флегмоні новонародженого найчастіша локалізація запального процесу біля протоків потових залоз. Стадії запального процесу та некрозу. Наявність на шкірі дитини червоної щільної болючої ділянки з тенденцією до швидкого розповсюдження та зміни кольору від цианотичного відтінку до пологого заглиблення у центрі.

Б) При омфаліті запалення в залежності від форми: з ексудацією, гноетечею або некротично зміненою околопупковою ділянкою.

В) При маститі, який виникає первинно у період фізіологічного нагрубання рудиментів молочної залози, що підлягає дифенціюванню. Клінічні прояви: набряк, гіперемія, флюктуація, гнійне виділення із соска.

Г) При парапроктиті: порушення акту дефекації, набряк, можлива флюктуація. Чинником є інфекційний шлях через пряму кишку або як ускладнення вад розвитку.

3. Етапи невідкладних заходів при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин.

Етап	Захід	Лікувальні засоби та втручання
1.	Адекватна антибактеріальна терапія	Емпіричний підхід - захищені пеніциліни, цефалоспорини III-IV покоління, аміноглікозиди Згідно бактеріологічного дослідження.
2.	Детоксикація, стимуляція Вітамінотерапія. Фізіотерапевтичні заходи.	Інфузійна терапія, плазмаферез, імунотерапія. Віт В1, Віт В6, Кварц, магніто- та лазеротерапія, ГБО
3.	Оперативні втручання Флегмона новонароджених Гнійний мастит Омфаліт: а) проста форма б) флегмонозна в) некротична	Розтини 1-1,5 см на ділянці зі здоровою шкірою; в центрі в шахматному порядку. Дренування. Перев'язки через 4-6 годин. Розтини радіальні до 1,5-2 см відступивши від ореоли. Зменшення ексудації, санація перекисом водню 3%. Санація та дренування пупка. Розтини до 1-1,5 см на місці некрозу, дренування.
4.	При відсутності ефекту та розвитку токсичних форм	Терапія, як при лікуванні сепсису.

Токсичні форми перебігу гнійно-запальних захворювань м'яких тканин та розвиток септичних ускладнень.

Токсикосептична форма перебігу флегмони новонароджених, розвиток пупкового сепсису, перитоніту, умбіліциту, ускладнення маститу до розповсюдженої флегмони, та некротичні зміни при парапроктиті з розвитком тазової флегмони.

Визначити причини розвитку токсикосептичної форми та септичних ускладнень, звернути увагу на перинатальний та постнатальний анамнез, термін захворювання, своєчасну діагностику. Співвіднести клінічні прояви з класифікацією сепсису.

Вирізнити докази на користь того чи іншого ступеню перебігу гнійно-септичного процесу.

Сформулювати показання до призначення консервативного лікування та оперативних втручань, стандартизувати його обсяг та ефективність.

Б. Гнійно-запальні захворювання кісток та суглобів

Конкретні цілі.

1. Засвоїти форми гематогенного остеомієліту, ускладнення та наслідки, які спричиняють порушення кістково-суглобової системи.
2. Розпізнати основні клінічні прояви септичного артрити (метаепіфізарного остеомієліту) у немовлят, метаепіфізарного остеомієліту у дітей після 2-х років та атипових форм.
3. Диференціювати гострі форми гематогенного остеомієліту як прояви сепсису, тяжкого сепсису, септичного шоку.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження УЗ, рентгенологічні, КТ, Serimobilі contrast, вимірювання внутрішньокісткового тиску, цитологічні та бактеріологічні дослідження, біохімічні показники, показники гемодинаміки.
5. Продемонструвати симптом флюктуації, балотування надколінка, вимірювання внутрішньокісткового тиску, взяття цитологічного та бактеріологічного матеріалу із кістки.
6. Ідентифікувати особливості окремих захворювань кістково-суглобової системи, які супроводжуються збільшенням суглобів та порушенням функції.
7. Проаналізувати причинно-наслідкові зв'язки виникнення запальних захворювань кісток та суглобів, обґрунтувати та сформулювати попередній клінічний діагноз.
8. Запропонувати алгоритм дії лікаря при запаленні кісток та суглобів.
9. Тракувати загальні принципи лікування гематогенного остеомієліту, що супроводжуються деструктивним процесом в кістках та суглобах, особливостей протікання генералізованих форм.

Септичний артрит (метаепіфізарний остеомієліт)

У немовлят та дітей до 2-х років захворювання є соціальною проблемою у зв'язку з великою кількістю ускладнень та інвалідизації.

Визначення анатомо-фізіологічних особливостей кісток та суглобів, особливостей кровопостачання, формування кісткової структури.

Визначення етіологічних та патогенетичних причин захворювання. Використання допоміжних методів діагностики.

Тракування загальних принципів лікування та реабілітації: контроль клінічного перебігу та визначення об'єму реабілітації. Сучасні підходи до лікування. Пункції суглобів, антибіотикотерапія емпірична та бакспрямована.

Загальна терапія. Особливості іммобілізації в залежності від локалізації деструкції. Терміни реабілітації.

Токсична форма перебігу захворювання та розвиток септичних ускладнень у новонароджених з септичним артритом.

Гострий метаепіфізарний остеомієліт

Зустрічається найчастіше в віці 7-14 років. Визначення етіологічних та патогенетичних факторів, особливостей перебігу токсичних, септикопіємічних та локальних форм, діагностика та лікування.

1. Актуальність проблеми

Летальність від ускладнень у вигляді генералізованих форм сепсису від 10 до 75%, інвалідність від хронічного остеомієліту до 10%. Розпізнавання ГГО в перші часи та доби захворювання - відповідальна діагностична проблема.

2. Загальні дані захворювання.

А) Характерні ураження метадіафізарних зон довгих трубчастих кісток з розвитком абсцесів піднадкістя та підвищення внутрішньокісткового тиску, зв'язаного з тромбозом та некрозом у метадіафізі. Процес може бути локальним або генералізованим (септичний шок).

Б) Рання діагностика та комплексне патогенетичне лікування, яке складається з хірургічного лікування остеомієлітичного вогнища, впливання на макроорганізм та мікробних збудників. Розвиток ускладнень та наслідків є результат неадекватного лікування.

В) Об'єм втручання: розтин надкістя, пункції, трепанація осередка запалення. При виникненні ускладнень остеомієліту витяжіння по Шеде та інш.

Атипові форми остеомієліту.

За авторами: Броді, Гаре, Ольс: антибіотиковий. Визначити загальні та видокремлюючі риси захворювань. Використати допоміжні методи діагностики. Сформулювати показання до консервативного та оперативного лікування. Стандартизувати його обсяг та ефективність.

Обсяг хірургічного втручання: резекція, пункції кісткової порожнини в залежності від віку хворого та обсягу осередка деструкції.

РОЗДІЛ 2: НОВОУТВОРЕННЯ ТКАНИН У ДІТЕЙ

Тема 24.1. Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти захворювання, що викликають новоутворення м'яких тканин.
2. Розпізнавати основні клінічні прояви новоутворень м'яких тканин.
3. Диференціювати новоутворення в залежності від виду.
4. Виявити ознаки злоякісного переродження новоутворень та ускладнень (кровотечі, запалення, здавлення нервово-судинних утворень та інш).
5. Тракувати принципи лікування новоутворень м'яких тканин та їх ускладнень.

Доброякісні новоутворення м'яких тканин.

Визначення причин виникнення, головних клінічних проявів, локалізації гемангіоми, лімфангіоми, пігментних пухлин, дермоїдних кіст, атером, тератом. Використання допоміжних методів обстеження та інтерпретація отриманих даних. Лікувальна тактика в залежності від виду новоутворень, надання медичної допомоги при ускладненнях (пункція, зупинка кровотечі, розтин при запаленні та інш.)

Методи консервативного лікування гемангіом (ін'єкційний, кріотерапія, електрокоагуляція). Хірургічний метод лікування, особливості видалення лімфангіом шиї, тератом крижово-куприкової ділянки.

Злоякісні новоутворення м'яких тканин.

Визначення клінічних проявів меланоми, диференційна діагностика. Хірургічне видалення меланоми, хіміотерапія, променева терапія. Прогноз.

Клінічні прояви рабдоміосаркоми. Роль допоміжних методів обстеження у диференційній діагностиці (рентгенографія, ангіографія, цитологічна та гістологічна діагностика, УЗД). Хірургічне лікування рабдоміосаркоми, променева та хіміотерапія, в залежності від стадії перебігу захворювання. Прогноз.

Тема 24.2 Доброякісні та злоякісні пухлини кісток.

Конкретні цілі:

1. Розпізнавати основні клінічні прояви пухлин кісток, розрізняти ознаки злоякісного перебігу захворювань.
2. Ідентифікувати особливості перебігу окремих захворювань на основі клінічних та рентгенологічних ознак.
3. Диференціювати доброякісні та злоякісні пухлини кісток на основі клінічних та допоміжних методів дослідження (рентгенологічного, УЗД, комп'ютерної томографії, ангіографії, пункційної та відкритої біопсії пухлини).
4. Скласти план обстеження хворого та алгоритм дій по виявленню та усуненню ускладнень пухлин кісток (патологічні переломи, хибні суглоби, метастазування та інш.).
5. Трактувати принципи хірургічного лікування, хіміотерапії, променевої терапії, в залежності від виду пухлини кістки та доброякісного чи злоякісного перебігу.

Доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток.

Поняття про доброякісні пухлини та пухлиноподібні ураження кісток: остеому, остеод-остеому, остеохондрому (кістково-хрящовий екзостоз), остеобластокластоми, фіброзну дисплазію, кісту кістки. Особливості клінічного перебігу в залежності від виду новоутворень, ускладнення (патологічні переломи, хибні суглоби, деформації).

Диференційна діагностика захворювань. Принципи хірургічного лікування, види резекції ураженої кістки, кісткова пластика. Консервативне (малоінвазивне) лікування кіст кісток.

Злоякісні пухлини кісток,

Остеогенна саркома та саркома Юінга, характерні клініко-рентгенологічні прояви. Диференційна діагностика з хондросаркомою, злоякісною формою остеобластокластоми, еозинофільною гранульою, аневризмальною кістою кістки на основі клініко-рентгенологічних проявів та даних УЗД, комп'ютерної томографії, ангіографії, біопсії пухлини. Принципи комбінованого лікування злоякісних пухлин кісток, включаючи хірургічне, поліхіміотерапію, променеву терапію. Прогноз.

Тема 24.3 Нейробластома та нефробластома.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти характерні ознаки синдрому "промацуємої пухлини живота" при нефробластомі та нейробластомі.
2. Розрізняти нефробластоми та нейробластоми в залежності від клінічних проявів та стадії перебігу захворювань.
3. Інтерпретувати допоміжні дані методів дослідження (УЗД, оглядова рентгенографія, урографія, пневмоперітонеум, комп'ютерна томографія, пункційна біопсія).

4. Проводити диференційну діагностику нефробластоми, нейробластоми, гідронефрозу, полікістозу, подвоєння нирок, пухлин печінки, пухлин надниркової залози, лімфогенних пухлин.
5. Пояснити принципи комплексного лікування нефробластоми та нейробластоми в залежності від стадії перебігу захворювання.

Нефробластома у дітей.

Нефробластома (пухлина Вільмса) - злоякісна пухлина нирки. Клінічні прояви та діагностика нефробластоми. Варіанти перебігу та клінічні стадії нефробластоми.

Диференційна діагностика. Комплексне лікування нефробластоми. Хірургічне (трансперитонеальна нефректомія), променева (перед - та післяопераційне опромінювання ложа пухлини), хімотерапевтичне в перед- та в післяопераційний період. Прогноз.

Нейробластома у дітей.

Нейробластома - як злоякісна пухлина нейрогенного походження. Клінічні прояви нейробластоми, особливості локалізації пухлини, та її стадії розвитку. Діагностика нейробластоми. Комплексне лікування нейробластоми: передопераційна хімотерапія та променева терапія, хірургічне втручання, післяопераційна хіміо - та променева терапія. Прогноз.

Тема 24.4. Пухлини середостіння.

Конкретні цілі:

1. Засвоїти класифікацію доброякісних та злоякісних пухлин найбільше поширених у дітей.
2. Розпізнати основні клінічні прояви пухлин середостіння.
3. Диференціювати пухлини середостіння.
4. Інтерпретувати допоміжні методи дослідження (ультразвукове, фіброезофагогастроскопія, рентгенографія, пневмомедіастінографія, комп'ютерна томографія, ангіографія, тощо), лабораторні та біохімічні аналізи, показники гемодинаміки (Р, АТ, Нt, НЬ, ОЦК), імунологічні.
5. Про демонструвати огляд дитини з пухлиною середостіння, визначити локалізацію та кордони.
6. Ідентифікувати особливості перебігу пухлин середостіння.
7. Запропонувати алгоритм дії лікаря та тактику ведення хворих з пухлинами середостіння.
8. Тракувати загальні принципи лікування пухлин середостіння, визначити показання до консервативного та оперативного методів лікування, реабілітація.

Діагностика та лікування пухлин середостіння.

1. Актуальність проблеми.
 - А. Частота пухлин середостіння становить від 0,5 % до 3 % за зведеною статистикою.
 - Б. Розпізнання пухлин середостіння - відповідальна та складна діагностична проблема, яка потребує невідкладності у визначенні патологічного процесу.
2. *Розпізнавання основних клінічних симптомів пухлин середостіння.*

Клінічні прояви захворювання складаються з симптомів здавлювання та руйнування тканин і органів грудної порожнини й симптомів інтоксикації, при безсимптомному перебігу

з'являються загальні симптоми: ціаноз, асфіксія, стридорне дихання. Для кожної пухлини характерні різні клінічні ознаки.

Нейрогенні пухлини:

- у разі зрілих форм клінічна картина виникає при великих розмірах пухлини,
- при незрілих формах, насамперед у дітей першого року життя, клінічні прояви визначаються катехоламіновою інтоксикацією, бо вони виробляють адреноподібні речовини.

Судинні пухлини:

- виникають у ділянці крупних судин та трахеї,
- насамперед виникає синдром здавлювання верхньої порожнистої вени,
- здавлювання трахеї проявляється ціанозом, болем у грудях, парезом голосових зв'язок.

Бронхогенні пухлини частіше мають безсимптомний перебіг, можуть виявлятися такі симптоми: напади кашлю, стенотичне дихання, симптоми здавлювання стравоходу.

Тератодермоїдні утворення мають тривалий безсимптомний перебіг. Для цих пухлин, які мають великі розміри, характерні порушення гемодинаміки та деформація грудної клітини.

Ліпома, фіброма, хондрома при невеликих розмірах, на початкових стадіях, не мають клінічних проявів, згодом з'являється біль у грудях, неприємне відчуття.

Тимоми ростуть повільно, при великих розмірах пухлини здавлюють безіменні вени, що викликає утруднення відтоку крові по венозній системі.

Целомічні кісти перикарда зустрічаються рідко. У 30% випадків клінічна картина відсутня, можуть визначатися біль у грудях, серці, кашель, задуха, загальна слабкість.

Злоякісне переродження у дітей спостерігається при пухлинах загрудинної залози. Незрілі нейрогенні пухлини відносять до групи потенційно злоякісних. Загальний відсоток злоякісних пухлин становить 2%.

Лікування.

Лікування пухлин і кіст середостіння в основному оперативне. При виникненні геодинамічних та дихальних порушень, які виникають раптово і швидко прогресують, проводять негайне оперативне лікування.

При лікуванні злоякісних пухлин середостіння використовуються міжнародні протоколи лікування, які ґрунтуються на верифікації пухлини та стадії онкологічного захворювання.

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, порівнюється до оцінки, отриманої на практичному (семінарському) занятті та на загальних умовах враховується при підрахунку середнього балу за поточної успішності.

6. СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

№	Тема	Л	П	СР	Індивідуальна робота
	Ургентна дитяча хірургія				Протягом навчання огляд наукової літератури за темами. Підготовка рефератів, доповідей, тощо
23.	Основні хірургічні захворювання; та травма у дітей.	8	20	16	
	Новоутворення тканин у дітей.				Протягом навчання огляд наукової літератури за темами. Підготовка рефератів, доповідей, тощо
24.	Доброякісні та злоякісні новоутворення у дітей.	2	6	4	
	Підсумковий контроль.		4		
	Всього годин	10	30	20	

7. ТЕМИ ЛЕКЦІЙНИХ ЗАНЯТЬ

№	Тема	Кількість годин
1.	Набута кишкова непрохідність. Кровотечі із травного тракта. Портальна гіпертензія.	2
2.	Запальні захворювання черевної порожнини.	2
3.	Гнійно-запальні захворювання легень плеври, м'яких тканин, кісток та суглобів.	2
4.	Сечокам'яна хвороба. Синдром набряклої мошонки.	2
5.	Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин. Нейро та нейробластоми. Пухлини середостіння.	2
	Разом	10

9. ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

№	Тема	Кількість годин
1.	Набута кишкова непрохідність. Кровотечі із травної системи. Портальна гіпертензія.	6
2.	Запальні захворювання черевної порожнини.	6
3.	Гнійні захворювання легень та плеври, кісток та суглобів, м'яких тканин.	6
4.	Сечокам'яна хвороба. Синдром набряклої мошонки. Травматичні ушкодження сечовивідної системи.	6
5.	Доброякісні та злоякісні новоутворення м'яких тканин. Нейро та нейробластоми. Пухлини середостіння..	6
	Разом	30

9. САМОСТІЙНА РОБОТА

№	Тема	Кількість годин	Вид контролю
1.	Підготовка до практичних занять - теоретична підготовка та опрацювання практичних навичок.	5	Поточний контроль на практичних заняттях.
2.	Самостійне опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять:	5	
2.1	Деонтологія дитячого віку.	0,5	Підсумковий контроль
2.2	Особливості антибіотикотерапії у дітей.	0,5	
2.3	Рідкі форми інвагінації кишечника у дітей.	0,5	
2.4	Ускладнення гнійно-запальних захворювань у немовлят.	0,5	
2.5	Пункція суглобів у дітей.	0,5	
2.6	Токсико-септичний шок у дітей.	0,5	
2.7	Хіміотерапевтичне лікування злоякісних новоутворень.	0,5	
2.8	Лапароцентез у дітей.	0,5	
2.9	Техніка лапароскопії у дітей.'	0,5	
2.10	Можливості УЗД у дітей.	0,5	
3.	Підготовка до підсумкового модульного контролю	10	
	Разом	20	

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 гострим апендицитом	IV	IV

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
„_____” _____ 2016 року, протокол № _____

Завідувач кафедри, професор

О.Є. Федорців

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАТЬ 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 увагу 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 медичної біології
„___” _____ 2016 року, протокол № ____
Завідувач кафедри, професор

Л. Я. Федонюк

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
„_____” _____ 2016 року, протокол № _____

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
„_____” _____ 2016 року, протокол № _____

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

„_____” _____ 2016 року, протокол № _____

19. ПЕРЕЛІК НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

БАЗОВА (ОСНОВНА):

1. Хірургія дитячого віку: Підручник/ За ред.Сушка В.І., Кривчені Д.Ю. - *Київ: МЕДИЦИНА, ТОВ, 2009. – 816с.*
2. Кривченя Д.Ю., Лисак С.В., Плотніков О.М. Хірургічні захворювання у дітей. – Вінниця: Нова книга, 2008.- 256с.
3. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. – М.:Медицина, 2004 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.

ДОПОМІЖНА:

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.

