

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института НМФО
Н.И. Свиридова
« 29 » августа 2023 г.

**Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой)
аттестации**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: 31.08.16 Детская
хирургия.

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский хирург**

**Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного
медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 года поступления
(актуализированная версия)

Волгоград, 2023г.

Разработчики актуализированной программы:


| № | Ф.И.О. | Должность | Ученая степень/ звание | Кафедра (полное название) |
|----|-----------------|---------------|---------------------------|---|
| 1. | Веденин Ю.И. | Зав. кафедрой | д.м.н./доцент | Хирургических болезней №1 Института НМФО |
| 2. | Попова И.С. | профессор | д.м.н./профессор | Хирургических болезней №1 Института НМФО |
| 3. | Перепелкин А.И. | профессор | д.м.н./профессор | Хирургических болезней №1 Института НМФО |

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.16 Детская хирургия.

Рецензент: А.В. Землянская – к.м.н., главный внештатный хирург комитета здравоохранения Волгоградской области,


Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол № 1 от «28» августа 2023 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней №1 Института НМФО,
д.м.н., доцент

 Ю.И. Веденин

Актуализированная рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Председатель УМК


 М.М.Королова

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и
производственной практики

 М.Л.Науменко

Актуализированная рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО,
протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь
Ученого совета

 В.Д.Заклякова

1.ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.16 «Детская хирургия».

РАЗДЕЛ 1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

1

Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях являются (несколько вариантов):

- а) Определение у рабочих и служащих временной утраты трудоспособности;
- б) Рекомендации по обеспечению необходимых условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе (временно или постоянно);
- в) Выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих и служащих и своевременное направление их на освидетельствование в Бюро медико-социальной экспертизы.

Правильный ответ: а),б),в)

2

Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается:

- а) В случае выраженного обострения;**
- б) При нарушении функции больного органа;
- в) При общем тяжелом состоянии больного;

Правильный ответ: а).

3.

Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

- а) Все трудящиеся;
- б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование;
- в) Только те, которые работают постоянно;
- г) Те, которые работают временно или на сезонных работах;

Правильный ответ: б).

4.

Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику;
- б) В день выписки из стационара;
- в) Через 3 дня после выписки;
- г) Вопрос решается индивидуально.

Правильный ответ: б).

5.

Сроки временного перевода рабочего или служащего на другую работу по болезни определяют:
Выберите правильный ответ:

- а) Профсоюзные органы;
- б) Контрольно-экспертная комиссия;
- в) Заведующий отделением;
- г) Лечащий врач;
- д) Бюро медико-социальной экспертизы.

Правильный ответ: б).

6.

Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности;
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней;
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение;
- г) Направление в бюро медико-социальной экспертизы;
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность.

Правильный ответ: а).

7.

Наиболее возможными путями прорыва гноя при паротите, объясняемыми особенностями топографии околоушной слюнной железы и ее фаеции, являются (несколько вариантов):

- а) Прорыв гноя в ротовую полость;
- б) В переднее окологлоточное пространство;
- в) Заднее окологлоточное пространство;

г) Наружный слуховой проход.

Правильный ответ: б), г).

8.

В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы (несколько вариантов):

- а) Блуждающий нерв;
- б) Нисходящая ветвь подъязычного нерва;
- в) Промежуточный нерв;
- г) Пограничный симпатический ствол.

Правильный ответ: а), б).

9.

Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить:

- а) Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра;
- б) В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра;
- в) В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;
- г) В любом из указанных мест.

Правильный ответ: в).

10.

Из-за наличия анастомозов между лимфатическими сосудами червеобразного отростка и других органов, воспалительный процесс при аппендиците может распространяться (несколько вариантов):

- а) На правую почку;
- б) На желчный пузырь;
- в) На желудок;
- г) Никуда не распространяется.

Правильный ответ: а), б), в).

11.

Треугольник Кало образован (несколько вариантов):

- а) Общим печеночным протоком;
- б) Пузырным протоком;
- в) Желчным пузырем;
- г) Печенью;
- д) Двенадцатиперстной кишкой;
- е) Пузырной артерией.

Правильный ответ: а), б), е).

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

01. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:

- А) лежа на спине;
- Б) стоя;
- В) лежа на животе;
- Г) в положении Тренделенбурга;
- Д) на «горке».

02. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

- А) наклейке на рентгенограмме;
- Б) букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником;
- В) газовому пузырю желудка;
- Г) тени средостения;
- Д) высоте куполов диафрагмы.

03. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- А) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
- Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма);
- В) халазиикардии;
- Г) врожденным коротким пищеводом;
- Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

04. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при врожденной лобарной эмфиземе;
- В) при легочной секвестрации;
- Г) при кисте легкого;
- Д) при опухоли легкого.

05. Бронхография противопоказана:

- А) при опухоли легкого;
- Б) при легочной секвестрации;
- В) при врожденной лобарной эмфиземе;
- Г) при кисте легкого;
- Д) при бронхоэктазии.

06. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:
- А) интубационный наркоз без миорелаксантов;
 - Б) местная анестезия;
 - В) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
 - Г) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
 - Д) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.
07. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:
- А) «слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;
 - Б) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;
 - В) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;
 - Г) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;
 - Д) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.
08. Диагностический пневмоторакс показан:
- А) при гематоме легкого;
 - Б) при легочной севестрации;
 - В) при лобарной эмфиземе;
 - Г) при опухоли средостения;
 - Д) при кистозной гипоплазии.
09. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:
- А) 1-го физиологического сужения;
 - Б) 2-го физиологического сужения;
 - В) области кардии;
 - Г) между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;
 - Д) между 2-м физиологическим сужением и кардией.
10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:
- А) при бронхоэктазии;
 - Б) при туберкулезе;
 - В) при абсцессе легкого;
 - Г) при легочной секвестрации;
 - Д) при агенезии легкого.
11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:
- А) киста легкого;
 - Б) спонтанный пневмоторакс;
 - В) легочная секвестрация;
 - Г) опухоль легкого;
 - Д) опухоль средостения.
12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:
- А) синдром напряжения в грудной полости;
 - Б) ранение легкого инструментами;
 - В) отек легкого;

- Г) легочно-сердечная недостаточность;
- Д) все перечисленные.

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс
- Б) ателектаз
- В) буллезная форма легочной деструкции
- Г) пиоторакс
- Д) пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А) вертикальное;
- Б) лежа;
- В) на правом боку;
- Г) на левом боку;
- Д) любое из предложенных.

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- А) единичные широкие уровни;
- Б) множественные мелкие уровни;
- В) большой газовый пузырь желудка;
- Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- Д) свободный газ в брюшной полости.

17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- А) каждый час;
- Б) через каждые 3 часа;
- В) через 3, 6, 12 часов;
- Г) через 12, 24 часа;
- Д) в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий.

18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- А) один прямой снимок;
- Б) один боковой снимок;
- В) два — прямой и боковой;
- Г) два — прямой и косой;

Д) три — прямой, боковой и косой.

19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- А) один — после расправления инвагината;
- Б) два — при обнаружении инвагината и после его расправления;
- В) три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;
- Г) четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления-;
- Д) рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.

20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:

- А) воздух;
- Б) водорастворимый контраст;
- В) йодолипол;
- Г) раствор бариевой взвеси;
- Д) любое из предложенных.

21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:

- А) абсцесса Дугласова пространства;
- Б) кисты яичника;
- В) инородного тела прямой кишки;
- Г) ректо-сигмоидита;
- Д) полипа прямой кишки.

22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:

- А) средняя линия выше пупка;
- Б) край правого подреберья;
- В) уровень пупка;
- Г) область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы;
- Д) внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.

23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

- А) халазиикардии;
- Б) ахалазиикардии;
- В) врожденном трахео-пищеводном свище;
- Г) атрезии пищевода;
- Д) врожденном коротком пищеводе.

24. Эзофагоскопия не обязательна при:

- А) ахалазии пищевода;
- Б) врожденном стенозе пищевода;
- В) ожоге пищевода;
- Г) халазиикардии;
- Д) атрезии пищевода.

25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:
- А) осмотр грудной клетки;
 - Б) аускультация лёгких;
 - В) перкуссия грудной клетки;
 - Г) число дыхательных движений в минуту;
 - Д) оценка степени цианоза и одышки.
26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:
- А) наблюдение за поведением ребёнка;
 - Б) осмотр живота;
 - В) деликатная пальпация живота;
 - Г) перкуссия живота;
 - Д) зондирование желудка.
27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:
- А) симптом «песочных часов»;
 - Б) обильная рвота;
 - В) потеря веса;
 - Г) обнаружение утолщенного привратника при пальпации;
 - Д) склонность к запорам.
28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:
- А) врождённом коротком пищеводе;
 - Б) пневмонии;
 - В) атрезии пищевода;
 - Г) врождённом трахео-пищеводном свище;
 - Д) врождённом стенозе пищеводе.
29. При подозрении на трахео-пищеводный свищ у новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - В) трахеоскопия;
 - Г) оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме;
 - Д) трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки.
30. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:
- А) уретероцеле;
 - Б) наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса;
 - В) наличие незаращённого урахуса;
 - Г) наличие пузырно-кишечного свища;
 - Д) наличие дивертикула мочевого пузыря.

| | | |
|---------|---------|---------|
| 01. - Б | 12. - Б | 23 - Г |
| 02. - В | 13. - Г | 24. - Д |
| 03. - Б | 14. - А | 25. - Д |
| 04. - А | 15. - Б | 26. - В |
| 05. - В | 16. - А | 27. - Г |
| 06. - Г | 17. - Д | 28. - Б |

| | | |
|---------|---------|---------|
| 07. - Г | 18. - В | 29. -Д |
| 08. - Д | 19. - В | 30. - Б |
| 09. - В | 20. - Б | |
| 10. - Д | 21. - Г | |
| 11. - А | 22. - Г | |

АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

01. Червеобразный отросток — это:
- А) рудимент;
 - Б) функциональный орган;
 - В) порок развития;
 - Г) аномалия;
 - Д) вариант развития.
02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
- А) обязательно;
 - Б) необязательно;
 - В) у детей младшего возраста по показаниям;
 - Г) у девочек по показаниям;
 - Д) в зависимости от клиники.
03. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А) усиление болей при расположении на левом боку;
 - Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
 - В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
 - Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
 - Д) правое яичко расположено выше левого.
04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
 - Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
 - В) уменьшение болей в положении на животе;
 - Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
 - Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.
05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - Б) гиперлейкоцитоз;
 - В) лейкопения;
 - Г) отсутствие изменений;
 - Д) ускоренное СОЭ.
06. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А) болезненное опухание суставов;
 - Б) геморрагические высыпания на коже;
 - В) гематурия, альбуминурия;
 - Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;

Д) комбинация перечисленных симптомов.

07. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:

- А) наблюдение;
- Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
- В) лапароскопия;
- Г) назначение антибактериальной терапии;
- Д) перевод больного в терапевтическое отделение.

08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А) невозможен;
- Б) возможен при начальной стадии воспаления;
- В) возможен при флегмонозном аппендиците;
- Г) возможен при гангренозном аппендиците;
- Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .

09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А) на спине;
- Б) на животе;
- В) на правом боку с приведенными ногами;
- Г) на левом боку;
- Д) сидя.

10. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;
- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

11. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

- А) 3 часами;
- Б) 6 часами;
- В) 12 часами;
- Г) 18 часами;
- Д) 24 часами.

12. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

- А) срединную лапаротомию;
- Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;
- В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
- Г) лапароскопию;
- Д) динамическое наблюдение.

13. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- А) наблюдение;

- Б) консервативное лечение;
- В) лапароскопия;
- Г) лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д) срединная лапаротомия.

14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А) локальная боль и рвота;
- Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
- В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- Г) симптом Щеткина и рвота;
- Д) жидкий стул и рвота.

15. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибринозные наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

16. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А) одномоментное введение антибиотиков;
- Б) двухпросветный дренаж;
- В) резиновый выпускник;
- Г) промывание брюшной полости;
- Д) тампон Микулича.

17. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А) микроирригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;
- Г) ввести микроирригаторы;
- Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

20. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:
- А) проведение консервативных мероприятий;
 - Б) наблюдение;
 - В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;
 - Г) срочная операция;
 - Д) операция после предоперационной подготовки.

21. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- А) срочная операция;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, наблюдение;
- Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- Д) операция в плановом порядке.

| | |
|---------|---------|
| 01. - Д | 15. - А |
| 02. - А | 16. - Б |
| 03. - А | 17. - Г |
| 04. - Б | 18. - В |
| 05. - А | 19. - А |
| 06. - Г | 20. - Д |
| 07. - В | 21. - Г |
| 08. - А | |
| 09. - В | |
| 10. - Б | |
| 11. - Д | |
| 12. - Г | |
| 13. - В | |
| 14. - В | |

06.01. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) буллы.

06.02. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого;
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) кистозная гипоплазия.

06.03. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.

06.04. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) кистозная гипоплазия;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) аплазия легкого.

06.05. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) лобарная эмфизема;
- В) напряженный пневмоторакс;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) агенезия легкого.

06.06. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) опухоль легкого;
- В) легочная секвестрация;
- Г) опухоль средостения;
- Д) ателектаз.

06.07. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только

крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазы;
- Б) легочная секвестрация;
- В) гипоплазия нижней доли;
- Г) опухоль средостения;
- Д) агенезия легкого.

06.08. Пищевод Барретта это:

- А. рефлюкс-эзофагит;
- Б. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В. аденокарцинома;
- Г. метаплазия слизистой пищевода;
- Д. пептическая стриктура пищевода.

06.09. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхоскопия;
- Б) аортография;
- В) ангиопульмонография;
- Г) бронхография;
- Д) обзорная рентгенография.

06.10. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А) бронхография;
- Б) сканирование легкого;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) аортография.

06.11. Для того, чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:

- А) сканирование легкого;
- Б) бронхоскопию;
- В) ангиопульмонография;
- Г) аортография;
- Д) бронхография.

06.12. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

- А) бронхоскопия;
- Б) бронхография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) радиоизотопное обследование легких;
- Д) ангиопульмонография.

06.13. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

- А) аортография;
- Б) бронхография;
- В) бронхоскопия;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) сканирование легких.

06.14. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- А) сканирование легких;
- Б) аортография;
- В) бронхография;
- Г) ангиопульмонография;
- Д) бронхоскопия.

06.15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- А) нижняя доля справа;
- Б) верхняя доля слева;
- В) нижняя доля слева;
- Г) верхняя доля справа;
- Д) средняя доля правого легкого.

06.16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- А) средняя доля правого легкого;
- Б) нижняя доля левого легкого;
- В) верхняя доля левого легкого;
- Г) верхняя доля правого легкого;
- Д) нижняя доля правого легкого.

06.17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

06.18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативную терапию;
- Б) бронхоскопическую санацию;
- В) экстренную операцию;
- Г) наблюдение в динамике;

Д) плановую операцию.

06.19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- А) срочную операцию;
- Б) операцию после предоперационной подготовки;
- В) консервативную терапию;
- Г) диспансерное наблюдение;
- Д) плановую операцию.

06.20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:

- А) боковая торакотомия;
- Б) передняя торакотомия;
- В) заднебоковая торакотомия;
- Г) задняя торакотомия;
- Д) переднебоковая торакотомия.

06.21. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

- А) артерии нижней доли;
- Б) бронха нижней доли;
- В) разделения нижней легочной связки;
- Г) нижней легочной вены;
- Д) основного ствола легочной артерии.

06.22. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:

- А) кровотечение;
- Б) массивные продувания воздуха;
- В) сердечно-легочная недостаточность;
- Г) обтурационные осложнения;
- Д) несостоятельность швов.

06.23. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) пневмоторакс;
- В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- Г) пиоторакс;
- Д) пиопневмоторакс.

06.24. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;

- В) абсцесс легкого;
- Г) пиоторакс;
- Д) медиастинальная эмфизема.

06.25. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

- А) с абсцессом легкого;
- Б) с тотальной эмпиемы плевры;
- В) с осумкованным плевритом;
- Г) с плащевидным плевритом;
- Д) с буллезной формой бактериальной деструкции легких.

06.26. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) фибриноторакс;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) пиопневмоторакс.

06.27. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.

06.28. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А) смещение средостения;
- Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
- В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
- Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
- Д) признаки гиповентиляции легких.

06.29. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в неповрежденную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пневмоторакс;
- Б) гидропневмоторакс;
- В) напряженный гидропневмоторакс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) абсцесс легкого.

06.30. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких.

06.31. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:

- А) пункция абсцесса;
- Б) радикальная операция;
- В) бронхоскопическая санация;
- Г) дренирование плевральной полости;
- Д) катетеризация бронха.

06.32. При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

- А) пункция буллы;
- Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- В) дренирование буллы;
- Г) бронхоскопический дренаж;
- Д) плевральная пункция.

06.33. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:

- А) бронхоскопический дренаж;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию буллы;
- Г) дренирование буллы;
- Д) катетеризацию бронха.

06.34. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение;
- Б) консервативное лечение;
- В) длительную бронхоскопическую санацию;
- Г) оперативное лечение временно не показано;
- Д) санаторное лечение.

06.35. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- А) резекция нижней доли;

- Б) торакоцентез;
- В) экстирпация бронхов нижней доли;
- Г) бронхоскопические санации;
- Д) консервативное лечение.

06.36. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;
- Д) консервативную терапию.

06.37. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- А) оперативное лечение показано;
- Б) оперативное лечение временно противопоказано;
- В) оперативное лечение не показано;
- Г) оперативное лечение противопоказано;
- Д) санаторное лечение.

06.38. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

06.39. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

06.40. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:

- А) улучшение общего состояния больного;
- Б) купирование восходящего бронхита;
- В) уменьшение гнойного отделяемого;
- Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;

Д) уменьшение количества хрипов.

06.41 Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

- А) задний;
- Б) заднебоковой;
- В) передний;
- Г) боковой;
- Д) переднебоковой.

06.42. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

- А) заднебоковой;
- Б) передний;
- В) переднебоковой;
- Г) задний;
- Д) боковой.

06.43. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:

- А) передний;
- Б) переднебоковой;
- В) задний;
- Г) заднебоковой;
- Д) боковой.

06.44. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:

- А) на 1-3-и сутки;
- Б) на 4-7-е сутки;
- В) на 7-10-е сутки;
- Г) на 11-14-е сутки;
- Д) на 14-17-е сутки.

06.45. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:

- А) бронхиальное дыхание;
- Б) альвеолярное дыхание;
- В) амфорическое дыхание;
- Г) отсутствие дыхания;
- Д) ослабление дыхания.

06.46. При плащевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

06.47. При пиотораксе лечение предусматривает:

- А) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;

- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

06.48. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) пункцию плевральной полости;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) бронхоскопию.

06.49. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

- А) пункцию плевральной полости;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

06.50. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) плевральную пункцию;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

| | | |
|------------|------------|------------|
| 06.01. - Б | 06.20. - Д | 06.39. - В |
| 06.02. - В | 06.21. - В | 06.40. - Б |
| 06.03. - Г | 06.22. - Г | 06.41. - Д |
| 06.04. - В | 06.23. - В | 06.42. - Б |
| 06.05. - Б | 06.24. - В | 06.43. - Г |
| 06.06. - В | 06.25. - Г | 06.44. - А |
| 06.07. - В | 06.26. - В | 06.45. - Г |
| 06.08. - Г | 06.27. - Б | 06.46. - В |
| 06.09. - А | 06.28. - Г | 06.47. - Г |
| 06.10. - В | 06.29. - В | 06.48. - В |
| 06.11. - Д | 06.30. - Б | 06.49. - Д |
| 06.12. - Г | 06.31. - В | 06.50. - В |
| 06.13. - А | 06.32. - Б | |
| 06.14. - Д | 06.33. - В | |
| 06.15. - Б | 06.34. - А | |
| 06.16. - Д | 06.35. - Д | |
| 06.17. - Б | 06.36. - В | |
| 06.18. - В | 06.37. - Б | |
| 06.19. - А | 06.38. - Д | |

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.16 «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Собеседование:

1. История развития отечественной детской хирургии. Развитие детской хирургии в Волгоградской области.
2. Общие вопросы детской хирургии. Анатомо-физиологические особенности ребенка с позиции детского хирурга. Особенности работы детского хирурга.
3. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие работу детского хирурга в РФ и Волгоградской области.
4. Основные методы лабораторной диагностики в детской хирургии. Методы лучевой диагностики: рентгенография, ангиография, компьютерная томография, радиоизотопная диагностика.
5. Малоинвазивные технологии в детской хирургии (лапароскопия, торакоскопия, артроскопия, рентгеноэндоваскулярная хирургия, хирургические операции под контролем УЗИ, Видео-ассистированные операции).
6. Подготовка ребенка к операции. Особенности выполнения оперативных вмешательств у детей. Общие принципы обезболивания, интенсивная терапия и реанимации у детей с хирургической патологией.
7. Острый аппендицит.
8. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки.
9. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта.
10. Язвенно-некротический колит. Болезнь Крона
11. Осложнения Меккелева дивертикула.
12. Перитониты у детей
13. Врожденная кишечная непроходимость. Общие вопросы врожденной кишечной непроходимости.
14. Приобретенная кишечная непроходимость (обтурационная, спаечная, динамическая).

15. Инвагинация кишок.
16. Острый холецистит.
17. Острый панкреатит.
18. Внутрибрюшные кровотечения.
19. Ургентные осложнения опухолей кишечника.
20. Мочекаменная болезнь с обструкцией мочевыводящих путей.
21. Паранефрит. Нефрэктомия.
22. Острая задержка мочи. Цистотомия.
23. Апоплексия яичника.
24. Повреждения печени, селезенки, поджелудочной железы.
25. Повреждения полых органов брюшной полости и проникающие ранения живота.
26. Проникающие ранение передней брюшной стенки.
27. Инородные тела желудочно-кишечного тракта.
28. Сепсис (классификация, клиника, диагностика, лечение). Патогенез острой гнойной хирургической инфекции
29. Гнойно-септические заболевания мягких тканей (абсцессы, флегмоны различной локализации).
30. Флегмоны различной локализации.
31. Фурункул. Карбункул.
32. Аденофлегмоны. Лимфаденит.
Лимфангоит.
33. Гнойные заболевания кисти, стопы, пальцев.
34. Острый гематогенный остеомиелит
35. Травматический остеомиелит.
36. Хронический остеомиелит.
37. Атипичные формы остеомиелита.
38. Анаэробная инфекция.
39. Кишечные свищи.
40. Парaproктит (острый и хронический). Паректальные свищи.
41. Укушенные раны животными. Бешенство.
42. Инфицированные раны различной локализации. Столбняк.

43. Отравленные и укушенные раны змеями, насекомыми.
44. Инфицированные инородные тела мягких тканей.
45. Врожденные дефекты передней брюшной стенки. Гастрошизис.
Вентральная грыжа.
46. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Пупочная, грыжа белой линии живота, паховая грыжа.
47. Хирургические заболевания печени и желчного пузыря у детей.
48. Хронический калькулезный холецистит.
49. Кисты поджелудочной железы.
50. Портальная гипертензия.
51. Аномалии желчного протока. Пупочный свищ. Дивертикул Меккеля. Киста желчного протока.
52. Аномалии развития и заболевания селезенки. Киста селезенки.
53. Хронические запоры. Болезнь Гиршпрунга.
54. Трещины заднего прохода. Выпадение прямой кишки.
Геморрой. Полип прямой кишки
55. Врожденные пороки развития легких. Агенезия, гипоплазия лёгких, врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, внутрилегочная секвестрация.
56. Заболевания легких. Бактериальная деструкция лёгких, абсцессы лёгких, пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс, хроническая эмпиема плевры, бронхоэктазии.
57. Врожденные пороки развития грудной клетки. Врожденная воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки.
Локальные деформации. Синдром Поланд. Болезнь Шпренгеля.
58. Пороки развития пищевода (врожденный стеноз пищевода, врожденный короткий пищевод, ахалазия пищевода, халазия кардии).
59. Повреждения пищевода (ожоги, инородные тела, перфорации пищевода, рубцовые сужения).
60. Стенозы трахеи, бронхов. Опухоли легких.
61. Первичные опухоли и кисты средостения. Гиперплазия вилочковой железы.
62. Открытые и закрытые повреждения легких.

63. Медиастиниты, перикардит. Эмфизема средостения.
64. Диафрагмальная грыжа.
65. Программа обследования детей с урологической патологией.
66. Аномалии развития почек (агенезия и гипоплазия почки, удвоение почки, дистопия почки, сращение почки).
67. Кистозные аномалии почки. Гидронефроз. Мегауретер.
68. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс.
69. Инфравезикальная обструкция. Задержка мочи в мочевом пузыре.
70. Патология мочеточников (уретероцеле, эктопия устьев мочеточников, удвоение мочеточников).
71. Заболевания мочевого пузыря (атония, экстрофия, дивертикул, цистит).
72. Камни почек, мочеточников, мочевого пузыря, уретры.
73. Патология половых органов (эписпадия, гипоспадия, гермафродитизм, сращение малых половых губ, гематокольпас и гематометра).
74. Водянка яичка и семенного канатика. Варикоцеле.
75. Эктопия яичка. Крипторхизм.
76. Повреждение уретры, мочевого пузыря, почек, полового члена, яичка и придатков.
77. Пороки развития поверхностных и глубоких вен. Врожденные венозные аневризмы.
78. Врожденные артерио-венозные свищи и аневризмы (синдром Клиппеля - Треноне)
79. Пороки развития лимфатических сосудов.
80. Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.
81. Опухоли органов грудной клетки и средостения.
82. Опухоли костей и суставов.
83. Опухоли кожных покровов и мягких тканей. Гемангиома. Лимфангиома. Пигментные пятна.
84. Тератома крестцово-копчиковой области.
85. Черепно-мозговая травма у детей (закрытые и открытые переломы костей черепа, перелом основания черепа, сотрясение, ушиб, интракраниальные гематомы, сдавление головного мозга).
Принципы консервативного и хирургического лечения больных с черепно-мозговой травмой.
86. Открытые и закрытые повреждения спинного мозга.

87. Закрытые и открытые повреждения нервных сплетений и периферических нервных стволов.
88. Черепно-мозговые грыжи у детей
89. Спинно-мозговые грыжи у детей.
90. Родовой паралич Эрба-Дюшена
91. Термические ожоги (классификация, клиника, методы определения площади поражения). Ожоговый шок.
92. Ожоговая болезнь (стадии, клиника, лечение ожоговой болезни). Особенности инфузионной терапии при ожоговой болезни.
93. Химические ожоги (классификация, клиника, тактика, лечение).
94. Методы хирургического лечения ожогов. Первичная хирургическая обработка ожоговой поверхности. Кожная пластика
95. Отморожения (классификация, клиника, оказание первой помощи при отморожениях, методы лечения).
96. Общее замерзание (стадии, клиника, лечение).
97. Организация работы детского хирурга поликлиники. Оснащение кабинета. Документация.
98. Организация работы перевязочного кабинета поликлиники. Десмургия.
99. Организация работы детского травматолога поликлиники. Оснащение кабинета. Документация.
100. Организация работы гипсового кабинета поликлиники. Гипсовые повязки.
101. Проведение диспансеризации и профилактических осмотров детей разного возраста.
102. Показания к хирургическому лечению и тактика врача хирурга при различных острых и плановых хирургических заболеваниях
103. Травматология детского возраста. Переломы костей у детей.
104. Деформации шеи, позвоночника и конечностей
105. Остеохондропатии. Болезнь Легга – Кальве – Пертеса. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости.

3.ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Мальчик 1 месяц. Масса тела 3800гр. Поступил в клинику детской хирургии 08.04.07г. с жалобами на деформацию обеих стоп ограничение - движений в обеих голеностопных суставах и суставах обеих стоп.

Анамнез заболевания: болен с рождения. Сразу же после родов у ребёнка была обнаружена деформация обеих стоп. В течение первой недели в роддоме был осмотрен ортопедом, а по выписке из роддома наблюдался у ортопеда поликлиники. Обследован амбулаторно, направлен на лечение в клинику детской хирургии.

Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала без осложнений, за исключением слабого токсикоза беременных в первой половине. Ребёнок родился в ягодичном предлежании, осложнений в родах не было. Послеродовый период без осложнений.

Состояние на момент осмотра: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Тургор кожи нормальный, жировая клетчатка развита соответственно возрасту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС110 в минуту. В лёгких дыхание пуэрильное, границы лёгких в пределах нормы. Язык чистый, не обложен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез, со слов мамы, в норме.

Местно: Выраженная эквинусно-варусная супинационная деформация обеих стоп. Пассивные и активные движения в обеих голеностопных суставах и суставах обеих стоп резко ограничены. При попытке исправить деформацию стоп руками исправляется приведение передних отделов стоп. Эквинусная деформация и супинация стоп одномоментной ручной коррекции не поддаются.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

В травматологическое отделение детской больницы поступил трехлетний ребенок с жалобами боль в правой руке в области лучезапястного сустава.

An. morbi Со слов родителей, мальчик упал с горки в детском саду с опорой на правую руку, после чего испытывает боль в этой конечности.

An. vitae Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родился с весом 3440 г, ростом 56 см, закричал сразу. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия к лекарственным препаратам не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 117 в мин. А/Д - 90/60. Мышечная система

без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в сознании, правильно отвечает на вопросы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

В травматологическое отделение детской больницы поступил одиннадцатилетний ребенок с жалобами на боль в левой стопе в области пяточной кости.

An. morbi Как стало известно со слов мальчика, за 2 часа до поступления спрыгнул с гаража (высотой около 3 метров), после чего появилась боль и припухлость в области левой стопы, невозможность опоры на ногу. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в сопровождении врача.

An. vitae Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родился с весом 3500 г, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Рос и развивался в соответствии с биологическим возрастом. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, аденоидэктомия, острый тонзиллит. Аллергия не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в мин. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

St. localis Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции левой пяточной кости.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.

2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Мальчик 1 год и 5 месяцев. Масса тела 11кг. Поступил в клинику детской хирургии 08.02.07г. с жалобами на асимметрию ягодичных складок, видимое укорочение левой нижней конечности, невозможность ходьбы.

An morbi: болен с рождения. В течение первой недели в роддоме был осмотрен ортопедом, было обнаружено резкое ограничение отведения левого бедра и положительный симптом соскальзывания (щелчка, Маркса-Ортомани), а по выписке из роддома наблюдался у ортопеда поликлиники и лечился консервативно в клинике детской хирургии. Обследован амбулаторно, направлен на операцию в клинику детской хирургии.

An. vitae: ребёнок от первой беременности, первых родов. Беременность протекала без осложнений. Ребёнок родился в ягодичном предлежании, осложнений в родах не было. Послеродовый период без осложнений.

St. praesens: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Тургор кожи нормальный, жировая клетчатка развита соответственно возрасту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 в минуту. В лёгких дыхание пуэрильное, границы лёгких в пределах нормы. Язык чистый, не обложен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и диурез, со слов мамы, в норме.

St. localis: Выраженная асимметрия ягодичных складок. Относительное укорочение левой нижней конечности 2 см., высокое стояние большого вертела левой бедренной кости. Резко ограничено отведение левого бедра и увеличена внутренняя его ротация. Положителен «симптом Диплоитрена» и «симптом низведения»

6. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
7. Проведите дифференциальный диагноз.
8. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
9. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
10. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

Жалобы (со стороны родителей) на имеющуюся у ребенка припухлость в области головы в правой теменной области.

An. morbi Со слов матери, накануне днем дома девочка упала из коляски, при этом ударилась головой о деревянный пол. После непродолжительного плача успокоилась, никаких изменений в последующем со стороны поведения или состояния ребенка не было. Вечером того же дня родители обнаружили у девочки во время купания припухлость на голове и сегодня обратились к врачу поликлиники, который рекомендовал госпитализацию. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

An. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родился с весом 3000 г и 53 см роста. Закричал сразу, к груди приложен на 2 сутки. Прививки по возрасту. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия не выявлена. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 30 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в мин. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочевыделение самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в ясном сознании, гулит, играет с игрушкой, стоит в кроватке. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные с некоторым повышением на ногах. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных

знаков нет.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

В травматологическое отделение детской больницы поступил пятилетний ребенок с жалобами на боль в правой руке, в области правого локтевого сустава.

An. morbi Как стало известно со слов мальчика, он упал с горки, после чего появилась боль и припухлость в области правого локтевого сустава. Доставлен машиной скорой медицинской помощи в сопровождении врача.

An. vitae Ребенок от 1 нормально протекавшей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родился с весом 3500 г, закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Растет и развивается в соответствии с биологическим возрастом. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, аденоидэктомия, острый тонзиллит. Аллергия не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в мин. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочевыделение самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без

диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

St. localis Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции нижней трети правой плечевой кости и локтевого сустава.

Общий анализ крови: эритроц. - $3,8 \times 10^{12}$ в 1 л, НБ - 120 г/л, Нт - 30%, лейкоциты - 10×10^9 в 1 л, сегмент.- 63, палочк. - 4, лимфоциты - 27, моноциты - 1, эозинофилы - 5, СОЭ -18 мм/ч, цв. п. - 0,9, глюкоза крови- 6,3 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.

Анализ мочи: кол-во - 100 мл, мутная, соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 4-6 в п/зр, эритроциты- 0 в п/зр.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

В ортопедическое отделение детской больницы поступил симилетний мальчик по направлению врача поликлиники.

Жалобы (со стороны родителей) на боль в правом тазобедренном суставе, хромоту.

An. morbi Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчик упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ) в течение 5 месяцев – без результата. Осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны правого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения.

An. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 26 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, Заполнения. ЧСС - 106 в мин. А/Д - 100/70. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочепускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При ходьбе мальчик хромот. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены (преимущественно ротационные и отведение) из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.

4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8

В травматологическое отделение детской больницы поступила девочка 10 лет с жалобами на наличие пузырей на коже обеих стоп и пальцах обеих стоп, которые появились после обморожения, которое произошло 3 дня назад.

An. Morbi: Девочка живёт в деревне. Со слов девочки, три дня назад она вечером, когда уже стемнело, возвращалась домой от подруги, началась пурга, девочка заблудилась и около 5 часов не могла найти дорогу домой, пока её не нашли в поле, проезжавшие на вездеходе соседи. Девочку доставили домой. Два дня дома лечились самостоятельно, по ухудшении местного статуса вызвали скорую помощь, которая доставила ребёнка в больницу. Доставлена бригадой скорой медицинской помощи.

An. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родилась с весом 3330 г и 53 см роста. Закричала сразу, к груди приложена на 2 сутки. Прививки по возрасту. Росла и развивалась по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ. Аллергия не выявлена. Кровь не переливалась, гормонами не лечилась.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении относительно удовлетворительное. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - пуэрильное дыхание. ЧД - 28 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 84 в мин. А/Д - 100/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Локальный статус: Отёк мягких тканей передних отделов обеих стоп. На коже пальцев обеих стоп и передних отделов обеих стоп – обширные эпидермальные пузыри, по снятии части их – дерма багрового цвета, чувствительность дермы сохранена. Капиллярный пульс на пальцах стоп сохранён.

Общий анализ крови: эритроц. – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - 10×10^9 в 1 л, сегмент.- 63, палочк. – 4, лимфоциты - 26, моноциты – 5, эозинофилы – 2, СОЭ – 19мм/час, цв.п. – 0,9, глюкоза крови – 6,3ммоль/л, общий белок – 68г/л.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9

В травматологическое отделение детской больницы поступил пятилетний ребенок с жалобами боль в правой руке в области правого локтевого сустава.

An. morbi Со слов девочки, во время катания с горки в детском саду она упала на правую руку, после чего испытывает боль в этой конечности.

An. vitae Ребенок от 1 нормально протекающей беременности, 1 срочных физиологических родов. Родилась с весом 3440 г, ростом 56 см, закричала сразу. Росла и развивалась по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит в возрасте 3 лет. Аллергия к лекарственным препаратам не отмечалась. Кровь не переливалась, гормонами не лечилась.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 106 в мин. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

Неврологический статус Ребенок в сознании, правильно отвечает на вопросы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные рефлексы симметричные без диссоциации. Кожные рефлексы в норме. Патологических и менингеальных знаков нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

St. localis Правая верхняя конечность разогнута в локтевом суставе, пассивному сгибанию не поддается («пружинящая подвижность»). Имеется выраженная деформация локтевого сустава и выраженный отек мягких тканей вокруг него. При пальпации сустава выражена болевая реакция.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

Жалобы на боль в месте укуса, головную боль, слабость.

An. morbi Со слов родителей, во время прогулки в роще десятилетний мальчик случайно наступил на гадюку, змея укусила его в ногу. Ребенок почувствовал резкую боль в левой стопе. Родители доставили ребенка в больницу.

An. vitae Ребенок от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый бронхит, ветряная оспа. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении среднетяжелое. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и наполнения. ЧСС -120 в мин. А/Д - 100/70. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При осмотре в области левой стопы следы укуса в виде двух небольших точек. Место укуса кровотоцит, отмечается отечность и боль жгучего характера.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11

На приёме у детского хирурга поликлиники мама с мальчиком 1,5 мес. возраста. Жалобы на обильную рвоту створоженным грудным молоком, с кислым запахом, без примеси желчи, до 4 - 6 раз в сутки. Со слов мамы, у ребёнка с 10-тидневного возраста отмечались срыгивания, а на 3-ей неделе жизни появилась рвота «фонтаном». За мед. помощью не обращались. Стул 1 раз в 2-3 суток, скудный. Мочеиспускание до 3-4 раз в сутки. Ребёнок первый в семье, от I беременности, которая протекала с гестозом в первой половине. Роды в срок, неосложнённые. Ребёнок родился с массой тела 3400,0 г. В настоящее время масса тела 3450,0 г. Кожные покровы с бледноватым оттенком, эластичность кожи и тургор тканей снижены, подкожно-жировой слой слабо развит, большой родничок несколько запавший. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Положителен симптом «песочных часов». **ОАК:** Ht – 52%, других изменений нет. **Б/х анализ крови:** гипопропротеинемия, нарушения электролитного обмена в сторону уменьшения показателей. **ОАМ:** патологии не выявлено. **УЗИ органов брюшной полости:** желудок расширен, заполнен газом и жидким содержимым. Кишечник пневматизирован в незначительной степени.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.

5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

У ребенка на 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение состояния. Выражен токсикоз, температура 37,8, сосет вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый жидкий с примесью слизи и зелени.

В пояснично-крестцовой области обнаружен участок гиперемии и инфильтрации мягких тканей размером 8х6 см. Кожа горячая на ощупь, отечная, пальпация резко болезненна. На теле обнаружены единичные гнойничковые элементы, пупочная ранка широкая с фибринозными наложениями.

Вес ребенка на момент осмотра 3200 г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12.500, палочкоядерные - 8, сегментоядерные -28, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ – 6.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациент.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 недель. Роды на 36 неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зеленые. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела 2200. Состояние после рождения расценено как тяжелое, вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипное, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Желтуха с 2-х суток.

С 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью желчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул мекониальный со слизью 2-3 раза, скудными порциями. Теряет в весе.

К 6-м суткам состояние ребенка ухудшилось, наросли явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено до 60 мл. Кожные покровы бледно-цианотичные, мраморные, тургор снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отечна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови.

Вес ребенка 2150, рН-7,21, рСО₂ - 38, ВЕ - 12, Нв-145 г/л, Нт- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14

К Вам, детскому хирургу, обратились родители девочки 5 лет с жалобами на постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты.

Родители рассказали, что в возрасте 1,5 лет девочка аспирировала инородное тело (орех), которое было удалено при бронхоскопии из нижнедолевого бронха слева через три месяца после аспирации.

При аускультации слева в нижних отделах дыхание резко ослаблено, выслушиваются влажные хрипы.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15

К Вам на прием обратились родители ребенка 3 месяцев, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости.

На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видна периостальная реакция и очаг разряжения костной ткани в зоне метафиза, головка правой бедренной кости находится вне вертлужной впадины. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объеме безболезненные.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

У ребенка 7 лет, находящегося на стационарном лечении по поводу острого гематогенного остеомиелита, внезапно резко ухудшилось состояние. Сознание soporозное. Лежит неподвижно. Кожные покровы бледные с мраморным рисунком, покрыты холодным потом. Черты лица заострены. Кончик носа, уши, носогубный треугольник цианотичны. Глазные яблоки запавшие, зрачки расширены, реакция их на свет вялая. Дыхание учащено, поверхностное. Пульс частый (150 в минуту), слабого наполнения и напряжения, АД 70/40 мм рт.ст. и ЦВД 8 мм вод.ст., тоны сердца приглушены. $pH = 7,09$, $pCO_2 = 52$ мм рт.ст., $pO_2 = 59$ мм рт.ст., $BE = 12$ ммоль/л.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

В клинику детской хирургии поступил ребёнок 10 лет с жалобами на боли в верхней трети правого бедра, ограничение функции нижней конечности, высокую температуру тела до $39^{\circ}C$. Известно, что 4 дня назад ребёнок упал, при этом ударился правым бедром о бордюр. В травмпункте рентгенологически исключён

перелом бедра и установлен диагноз: ушиб мягких тканей бедра. Через сутки появилась высокая температура, боли при движении, на вторые сутки – умеренный отёк мягких тканей в верхней трети правого бедра. Лечился амбулаторно: применялись компрессы, жаропонижающие и обезболивающие препараты.

Ребёнок 1 в семье, доношенный, рос и развивался по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейный анамнез: родители здоровы.

При осмотре ребёнок жалуется на выраженные боли в правом бедре, находится в вынужденном положении на спине, правая нижняя конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах, ротирована наружу. Объём в/3 правого бедра на 3 см больше левого, кожа над ним обычной окраски. При пальпации и перкуссии отмечается болезненность в/3 правого бедра. Активные и пассивные движения в правом тазобедренном суставе резко ограничены из-за болей. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, ЧСС – 98 в 1 мин. В легких дыхание проводится по всем полям, жестковатое, хрипов нет, ЧДД – 36 в 1 мин. Печень + 1,5 см, селезенка не увеличена.

Общий анализ крови: Нв – 100 г/л, эр. – $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,95, L. – 28×10^9 /л, п/я – 27%, с/я – 68%, э. – 5%, лимф. – 10%, мон. – 5%, СОЭ – 50 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1020, белок – нет, л. – 5-6 в п/з, эр. – нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 68 г/л, альбумины – 46%, глобулины – 54% (α_1 – 4%, α_2 – 10%, β - 15%, γ - 25%), АлАТ – 0,56 ед., АсАТ – 0,3 ед., амилаза – 40 ед./л., общий билирубин – 18 мкмоль/л, реакция прямая.

На R – грамме костей таза, тазобедренных суставов, в/3 бёдер изменений нет.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

На прием к педиатру обратилась мать с 5-тилетним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, стул черного цвета, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад.

В анамнезе: ребёнок второй в семье, доношенный. После родов в течение 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, увеличение селезёнки, страдает метеоризмом. Ребенок находился под наблюдением педиатра в течение всего периода. Семейный анамнез: родители здоровы.

При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в пределах нормы, селезенка + 5 см из-под рёберной дуги.

Общий анализ крови: Нв 75 г/л, эр. $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, L. $4,5 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 60%, э. 3%, лимф. 21%, мон. 7%, СОЭ 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН 6,0, уд. вес 1018, белка нет, л. 2-3 в п/з, эр. нет.

Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины 56% (α_1 – 4%, α_2 – 12%, β - 12%, γ - 28%), щелочная фосфатаза 70 ед./л, АлАТ

0,15 ед., АсАТ 0,2 ед., амилаза 30 Ед/л., тимоловая проба 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены имеется множество мелких сосудов разного калибра.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19

У ребёнка в первые часы после рождения появилась рвота с желчью. Через 16 часов отмечена повторная рвота грудным молоком с примесью желчи. Меконий не отходил.

В анамнезе: ребёнок от I беременности, протекавшей с гестозом I половины, в ранние сроки беременная находилась на сохранении, отмечалось многоводие, роды на 38 неделе гестации, масса тела – 3200г, оценка по шкале Апгар – 8-9 баллов.

При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот несколько увеличен в размерах за счет верхних отделов, в нижних – запавший, “ладьевидный”. Зонд свободно проходит в желудок. Содержимое последнего – створоженное молоко с желчью.

УЗИ органов брюшной полости: желудок и двенадцатиперстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым. Кишечник не пальпируется.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20

У новорождённого с массой тела 3250г., с оценкой по шкале Апгар 6-7 баллов с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи

в полости рта, носовых ходах, нарастает одышка, на расстоянии слышны хрипы. В анамнезе: 4-я беременность, 2-е роды, 2 мед. аборта. Данная беременность с угрозой прерывания в I половине, обострением хронического пиелонефрита. Роды в срок, без особенностей.

При осмотре: состояние тяжелое, ЧД 72 в минуту, в дыхании принимает участие вспомогательная мускулатура. В лёгких – жёсткое дыхание, влажные хрипы, тоны сердца приглушены, ЧСС 128 в минуту, живот мягкий, безболезненный.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. Назовите основные факторы этиопатогенеза

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21

В приёмный покой доставлен ребёнок 1 месяца с массой тела 4000,0 г.

В анамнезе: ребёнок заболел три недели назад – отмечался жидкий стул с зеленью, слизью и прожилками крови. Находился на лечении в детском инфекционном отделении по поводу кишечной инфекции. Выписан по просьбе родителей с улучшением, с рекомендациями амбулаторного лечения. Состояние ребёнка ухудшилось два дня тому назад – появилось беспокойство, вздутие живота, отсутствует стул, не отходят газы, была 3-х кратная рвота с примесью желчи, t° до $37,8^{\circ}$ - $38,5^{\circ}$.

При осмотре: состояние больного очень тяжёлое: вялый, кожные покровы с серым оттенком, акроцианоз, температура тела $38,0^{\circ}$, ЧД – 58 в минуту, ЧСС – 180 в минуту, отмечается выраженное увеличение объёма живота, расширение венозной сети (подкожных сосудов) передней брюшной стенки, кожа «глянцевидная», имеется отёк передней брюшной стенки, наружных половых органов, при пальпации живот напряжен, болезнен во всех отделах, перкуторно над брюшной полостью – тимпанит.

Ректально: в ампуле прямой кишки – слизь с примесью крови, определяется нависание стенки прямой кишки.

Лабораторные показатели: Нв – 96 г/л, эр. – 98×10^{12} /л, L. – 24×10^9 /л, п/я – 28%, с/я – 56%, лимф. – 12, мон. – 1, миел. – 2, пл. – 1, СОЭ – 15 мм/ч; Б/х анализ крови: Б – 50 г/л, К – 3 мэкв/л, Na – 130 мэкв/л, Cl – 80 мэкв/л, мочевины – 12 ммоль/л, билирубин – 44 ммоль/л, реакция непрямого; АсАТ – 1,21 ЕД, АлАТ – 1,21 ЕД

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Этиология и патогенез заболевания.

3. Укажите стадии течения данной патологии.
4. Диагностика и дифференциально-диагностический алгоритм данного заболевания.
5. Дайте обоснование инфузионной терапии и её объём при лечении ребёнка.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22

Мальчик 6 лет амбулаторно получал лечение по поводу ОРВИ, но на 5-е сутки стало быстро ухудшаться состояние, стал менее активным, снизился аппетит, появились боли в левой половине грудной клетки, одышка, повысилась температура до 38,4°. Осмотрен врачом скорой помощи и направлен в пульмонологическое отделение.

В анамнезе развития - дважды болел ОРВИ. Семейный анамнез не отягощен.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, активность снижена, физическое развитие соответствует возрасту. Кожные покровы несколько бледноваты, с умеренным цианозом. Язык влажный, глотание не нарушено. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, селезёнка не увеличена. Диурез не нарушен.

Местно: Грудная клетка обычной формы, левая половина отстаёт в дыхании, при перкуссии слева ниже 6-го ребра по средне-подмышечной линии – притупление, ниже которого дыхание не прослушивается, а выше – дыхание жестковатое, влажные хрипы, справа в небольшом количестве выслушиваются также влажные хрипы, ЧД – 54 в 1 минуту. Границы сердца смещены вправо, тоны несколько приглушены, небольшой акцент II-го тона над легочной артерией, пульс – 120 ударов в минуту.

Общий анализ крови: эр. – 3,83 x 10¹² /л, Нб – 120 г/л, Ц.п. – 0,95; л. – 12,7 x 10⁹ /л; баз. – 2%; э.–1%; п/я – 20%; с/я – 48%; лимф.–25%; мон.– 4%; токсическая зернистость нейтрофилов; СОЭ – 36 мм/час; тромбоциты – 210 x 9⁹/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачная, плотность – 1018, белок – нет, сахар – нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр., соли – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%, фибриноген – 2 г/л. Калий – 3,5 ммоль/л; натрий – 131 ммоль/л; кальций – 2,1 ммоль/л; хлориды – 96 ммоль/л; мочевины – 3,2 ммоль/л; амилаза – 10 Ед/л; общий билирубин – 13,8 мкмоль/л; прямая фракция, сахар – 3,2 ммоль/л.

Рентгенография грудной клетки: Корни легких расширены, нечёткие, имеется снижение прозрачности левого лёгкого ниже 6-го ребра по лопаточной линии, синус не визуализируется, средостение смещено вправо.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.
5. При каких состояниях применяется дренирование плевральной полости?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23

Мальчик 5 лет жалуется на периодически повторяющиеся боли в животе, которые беспокоят его в течение года. Боли умеренной интенсивности, без иррадиации.

В анамнезе: Ребёнок первый в семье. Несколько отстаёт в развитии от сверстников. Привит по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощён. Семейный анамнез: отец здоров, у матери – хронический пиелонефрит. Осмотр: Самочувствие не нарушено, кожа чистая, влажная, умеренно бледная. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 80 в 1 минуту, АД 100/65 мм рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий. В левом подреберье пальпируется безболезненное округлое образование, умеренно подвижное, эластической консистенции, размерами 5 x 8 см. Положителен симптом 12 ребра слева.

Общий анализ крови: Н – 112 г/л, эр. – $3,8 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,6; лейкоциты – $8,6 \times 10^9$ /л; п/я – 6%; с/я – 52%; э. – 3%; лимф. – 31%; мон. – 8%; СОЭ – 12 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачная, рН – 6,0; удельный вес – 1023, белок – 0,128 г/л, сахар – нет, лейкоциты – 12-14 в п/з., эр. – 6-8 в п/з.

Общий анализ мочи по Нечипоренко: л. – 24000, эр. – 6000.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, АсАТ – 0,15 ед., АлАТ – 0,15 ед., амилаза – 60 Ед/л., тимоловая проба – 3 ед., общий билирубин – 16 мкмоль/л, Вельтмана – 5 пр., билирубин – 10 мкмоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, желчный пузырь грушевидной формы, 55 x 22 мм.

Поджелудочная железа гомогенная. Селезёнка гомогенная с чёткими контурами. Почки: правая – 80 x 31 мм, структура гомогенная, пирамиды, чашечки, лоханка не увеличены; левая – 91 x 50 мм, пирамиды не выражены, чашечки расширены, лоханка в виде анэхогенного тела, паренхиматозный слой умеренно истончён.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?
3. Какие врождённые причины приводят к развитию данного заболевания?
4. С какими заболеваниями приходится дифференцировать данное заболевание?
5. Каким должно быть лечение ребёнка после выписки из стационара?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

В приёмный покой ДХО обратилась мама с девочкой 4 лет с жалобами на боли в паховой области справа, которые возникли у ребёнка внезапно после занятия физкультурой в детском саду.

В анамнезе: Ребёнок первый в семье. Росла и развивалась удовлетворительно. Привита по возрасту. Аллергологический анамнез не отягощён.

Семейный анамнез: родители здоровы.

Осмотр: температура тела 38°, кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС – 96 в мин., АД – 95/60 мм рт. ст. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный.

Местно: В правой паховой области обнаружено плотное опухолевидное образование, не вправляющееся в брюшную полость. Перкуторно над ним определяется тупой звук, кожа не изменена. Правое наружное паховое кольцо пропальпировать не удаётся.

Общий анализ крови: Нв – 125 г/л, эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9; л. – $6,2 \times 10^9$ /л; п/я – 2%; с/я – 65%; э. – 3%; лимф. – 21%; мон. – 8%; СОЭ – 5мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1021, белок – нет, сахар – нет, лейкоциты – ед. в п/з., эр. – ед в п/з.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Какие причины приводят к развитию заболевания?
3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.
4. Тактика при данном заболевании. Методы лечения.
5. Диспансерное наблюдение и реабилитация при данном заболевании.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

В поликлинике на приеме у детского хирурга находится девочка 7 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37,5°C.

При выяснении анамнеза установлено, что боли начались рано утром (давность заболевания около 8 часов), постепенно нарастают. Стула не было в течение суток.

Анамнез жизни: Ребёнок соответствует возрасту, развивается хорошо, прививки сделаны все, аллергологический и семейный анамнезы не отягощены.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, кожа обычной краски, язык обложен белым налетом, суховат. Со стороны органов грудной клетки патологических отклонений нет, имеется лишь умеренная тахикардия, частота пульса составляет 100 уд/мин.

Местно: живот обычной формы, не вздут, правая половина в дыхании участвует слабо, при пальпации определяется напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Ровзинга, Образцова, Ситковского. /л, Ц.п. – 1,0; л. – $12,3 \times 10^9$ /л; э. – 1%, б. – 1%, п/я – 8%, с/я – 70%, лимф. – 25%, мон. – 5%; СОЭ – 20 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, реакция – слабокислая, уд. вес 1022, лейкоциты – 2-3 в п/з, эр. – нет, цилиндры – нет, белок – нет, сахар – нет.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Этиопатогенез заболевания.
4. Составьте план лечения, включая предоперационный и послеоперационный периоды.

5. Каковы критерии выздоровления, готовности к выписке детей после операции по поводу данного заболевания и рекомендации при выписке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26

Жалобы у ребёнка мужского пола 8 мес. появились после употребления впервые в пищу банана. Болен 6 часов, заболевание началось с внезапного появления, на фоне полного здоровья, приступов беспокойства, обусловленных схваткообразными болями в животе. Отмечена однократная рвота.

Анамнез жизни: Ребенок 1 в семье, родился доношенным, развивался хорошо. Аллергологический и семейный анамнезы не отягощены.

При осмотре: Ребёнок ведёт себя беспокойно, периодически сучит ножками, кричит, имеется с-м “обезьянки”. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, температура тела нормальная. Со стороны сердца – тахикардия до 120 уд/мин., тоны громкие, ритмичные; в лёгких – везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 30 в 1 минуту, АД – 95/65 мм рт. ст.

Местно: Живот незначительно подвздут, в дыхании участвует, но пальпации недоступен из-за активного напряжения брюшной стенки, связанного с беспокойством и криком ребёнка. В связи с этим произведена поднаркозная пальпация живота, при этом в брюшной полости обнаружено опухолевидное образование овальной формы, тестоватой консистенции, локализующееся в эпигастральной области, положителен с-м Данса. При ректальном пальцевом исследовании на пальце вместе с каловыми массами получено небольшое количество крови вишнёвого цвета. При рентгенологическом исследовании кишечника выявлен с-м “двузубца”

Общий анализ крови: Нв – 123 г/л, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,9; л. – $9,2 \times 10^9$ /л; п/я – 2%, с/я – 62%, лимф. – 28%, мон. – 8%; СОЭ – 15мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – соломенный, прозрачная; уд. вес – 1022, белок – нет, сахар – нет, лейкоциты – 1-2 в п/зр., эр. – нет, соли оксалаты +, цилиндры – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 68 г/л, альбуминов – 53%, глобулины: α_1 – 3,5%, α_2 – 13,5%, β – 14%, γ – 16%; общий билирубин – 18 мкмоль/л; амилаза – 22 Ед/л; сахар – 4,5 ммоль/л; К – 3,8 ммоль/л, Na – 130ммоль/л, Cl – 96 ммоль/л, Ca – 1,0 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз с указанием формы и стадии заболевания, проведите обоснование диагноза.
2. Этиопатогенез заболевания. Какое нарушение можно трактовать как причину развития заболевания?
3. Какова классификация данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27

Анамнез заболевания: Ребёнок 2-х лет с массой тела 14 кг. Заболел остро, 5 дней назад: боли в животе, затем присоединились рвота, разжиженный стул, повышение температуры тела. Боли нелокализованного характера. Рвота неоднократная, приняла застойный вид с примесью зелени. Стул прекратился, газы не отходят. Температура тела была субфебрильной, в настоящее время $38,2^{\circ}\text{C}$. Родители за мед. помощью не обращались, лечили сами грелкой на область живота и жаропонижающими препаратами.

При осмотре: состояние больного крайней тяжести, мальчик вял, адинамичен, не контактен, кожные покровы серые, черты лица заострены, губы сухие, потрескавшиеся, яркие, язык сухой, густо обложен серовато-зелёным налетом. АД 80/50 мм рт. ст., пульс 130 уд/мин., слабого наполнения, ЧД 44 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен, тахикардия. В лёгких – некоторое ослабление дыхания в нижних отделах лёгочных полей.

Локально: Живот резко увеличен в объёме за счет вздутых кишечных петель, в дыхании не участвует, пальпаторно во всех отделах определяется напряжение и болезненность передней брюшной стенки, положительные симптомы Щёткина, Воскресенского, Раздольского.

Ректально: определяется нависание стенок прямой кишки и повышение местной температуры до 40°C, каловых масс в ампуле нет.

Общий анализ крови: Нв – 101 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8; л. – $19,3 \times 10^9$ /л; э. – 1%, б. – 1%, п/я – 16%, с/я – 62%, лимф. – 14%, мон. – 6%; СОЭ – 32мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - желтый, р-ция – кислая, уд. вес – 1024, лейкоциты – 5-6 в п/зр, эр. – нет, следы белка, сахар – нет.

Биохимический анализ крови: общий белок – 56 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%; билирубин – 20 мкмоль/л, реакция прямая, АлАТ – 0,6 ед., АсАТ – 0,8 ед.; амилаза – 35 Ед/л; сахар – 3,8 ммоль/л; мочевины – 8,5 ммоль/л; К – 2,8 ммоль/л, Na – 125 ммоль/л, Cl – 90 ммоль/л.

Обзорная рентгенография брюшной полости: раздутые петли кишок с горизонтальными уровнями жидкости, под правым куполом диафрагмы – серп воздуха.

1. Сформулируйте клинический диагноз с указанием предполагаемых формы и стадии болезни и проведите обоснование диагноза.
2. Назовите основные звенья патогенеза.
3. Представьте классификационную схему.
4. Назовите основные этапы лечения. Каким должен быть объём оперативного пособия у данного больного? Составьте схему послеоперационного лечения.
5. Проведите расчёт инфузионной терапии и калия данному больному в ранние сроки послеоперационного периода (на первые двое суток) с учётом имеющихся конкретных условий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28

В приемное отделение детского хирургического стационара бригадой скорой медицинской помощи с места дорожно-транспортного происшествия доставлен мальчик 9 лет, который был сбит автомашиной при переходе улицы.

При осмотре: Общее состояние крайне тяжёлое, заторможен, оценка по шкале Глазго – 12 баллов, обильное носовое кровотечение, обширная ссадина в области левой скуловой кости, выраженная деформация 6-7-8 рёбер слева и гематома в этой области, деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в 1 минуту. При аускультации лёгких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости

смещены вправо. Пульс слабого наполнения и напряжения с частотой 140 в 1 минуту. АД – 70/20 мм рт. ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Каковы неотложные мероприятия на догоспитальном этапе и условия транспортировки?
3. Методы обследования и оказания помощи в стационаре.
4. Укажите степени тяжести шока по Баирову, кровопотери по Альговеру и методику восполнения ОЦК. Какой ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данного пациента?
5. Прогноз для жизни и здоровья ребенка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

Сразу после рождения у новорождённого развилась одышка до 60 в минуту, цианоз кожи и видимых слизистых оболочек.

При осмотре выявлено: Кожные покровы и слизистые цианотичные, эластичность и тургор тканей снижены, асимметрия грудной клетки с выбуханием и отставанием экскурсии её левой половины, живот запавший, перкуторно над грудной клеткой слева – тимпанит, при аускультации – резкое ослабление дыхания, сердечные тоны слева почти не определяются, здесь же – выслушиваются перистальтика кишок и шум плеска, ЧСС – 155-160 уд./мин.

На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей: над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы; резкое смещение сердца вправо.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Этиопатогенез заболевания.
3. Интерпретируйте представленные исследования.
4. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.
5. Составьте план лечения, в чем заключаются принципы оперативного лечения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30

Ребёнок 6 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на задержку стула до 4-5 дней, метеоризм, иногда наличие жидкого стула с большим количеством слизи, зловонием.

Из анамнеза известно, что страдает постоянными запорами с 6-месячного возраста. Добивались стула только с помощью очистительных и масляных клизм. На участке врачом-педиатром рекомендовано соблюдение диеты, слабительные средства и очистительные клизмы. В течение последних 7 дней отмечается отсутствие стула, многократная рвота, увеличение живота в объёме.

Второй ребёнок в семье от третьей беременности, протекавшей с гестозом во второй половине. У первого ребёнка имеется патология толстой кишки.

При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое, температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледно-серой окраски, подкожно-жировой слой слабо развит, живот увеличен в размерах, нижняя апертура грудной клетки расширена, при пальпации живота определяются раздутые петли кишечника и опухолевидные образования эластической консистенции.

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его.
2. Патогенез интоксикационного синдрома.
3. Составьте план обследования и укажите, какие методы позволят уточнить тяжесть данной патологии?
4. Неотложные мероприятия при поступлении ребенка в стационар.
5. Укажите общие принципы лечения данного больного.

ОТВЕТЫ

Эталон ответа. Задача №1

Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

1. Диагноз: Врождённая косолапость с 2-х сторон II степени.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на деформацию обеих стоп ограничение - движений в обеих голеностопных суставах и суставах обеих стоп. Данных анамнеза: болен с рождения. Сразу же после родов у ребёнка была обнаружена деформация обеих стоп. В течение первой недели в роддоме был осмотрен ортопедом, а по выписке из роддома наблюдался у ортопеда поликлиники. Данных объективного обследования: Выраженная эквинусно-варусная супинационная деформация обеих стоп. Пассивные и активные движения в обеих голеностопных суставах и суставах обеих стоп резко ограничены. При попытке исправить деформацию стоп руками, исправляется приведение передних отделов стоп. Эквинусная деформация и супинация стоп одномоментной ручной коррекции не поддаются.

2. Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении серии этапных гипсовых корригирующих повязок на обе нижние конечности с целью коррекции формы и положения обеих стоп и подготовке к плановой операции.

Из традиционных методов применяется операция: тенолигаментокапсулотомия по Зацепину – Штурму не ранее, чем в 3-х месячном возрасте. После этой операции накладываются высокие

гипсовые повязки в положении лёгкой гиперкоррекции. В последующем они заменяются на короткие гипсовые «сапожки».

В последнее время получает распространение метод лечения врождённой косолапости по Игнасио Понцети.

Эталон ответа. Задача №2

Диагноз: закрытый разгибательный перелом обеих костей правого предплечья в нижней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья, данных анамнеза (травма при падении с опорой на правую руку), данных объективного обследования (наличие деформации, отёка, локальной болезненности, в области правого лучезапястного сустава и нижней трети правого предплечья), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в закрытой репозиции отломков костей правого предплечья под наркозом, наложении гипсовой лонгеты в репозиционном положении кисти и среднефизиологическом положении предплечья, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого лучезапястного сустава и костей правого предплечья на предмет стояния отломков.

При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного смещения отломков в гипсе прибегают к повторной репозиции отломков под наркозом, или ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 6 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в лучезапястном и локтевом суставах. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов. При разработке движений в лучезапястном суставе возможно применение механотерапии.

Эталон ответа. Задача №3

Диагноз: закрытый перелом левой пяточной кости без смещения отломков смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области левой стопы, а именно в области левой пяточной кости, данных анамнеза (травма при падении с высоты с приземлением на ноги), данных объективного обследования (наличие, отёка, локальной болезненности, в области левой пяточной кости), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении гипсовой задней лонгеты от кончиков пальцев стопы до коленного сустава в среднефизиологическом положении стопы, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности. Через 7 – 10 дней производится контрольная рентгенография правого голеностопного сустава и костей стопы на предмет стояния отломков пяточной кости.

При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

При обнаружении вторичного недопустимого смещения отломков в гипсе ставят показания к операции.

Срок гипсовой иммобилизации – 8 - 10 недель с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в голеностопном суставе. При разработке движений в голеностопном суставе возможно применение механотерапии. Обязательно ношение супинатора для продольного свода стопы в обуви в течение полугода.

Эталон ответа. Задача №4

Диагноз: Врождённый вывих левого бедра.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на асимметрию ягодичных складок, нарушение функции ходьбы и опоры левой нижней конечности, данных анамнеза (болен с рождения), данных клинического обследования (Выраженная асимметрия ягодичных складок. Относительное укорочение левой нижней конечности 2 см., высокое стояние большого вертела левой бедренной кости. Резко ограничено отведение левого бедра и увеличена внутренняя его ротация. Положителен «симптом Дипюитрена» и «симптом низведения»), данных рентгенологического обследования.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении гипсовых функциональных повязок на обе нижние конечности и в постепенном вправлении врождённого вывиха левого бедра разведением бёдер в течение 2-3 недель. После вправления врождённого вывиха левого бедра накладывается гипсовая высокая повязка с положением нижних конечностей – Лоренц I на 2 месяца с последующей заменой гипсовой повязки в положении Лоренц II на 2 месяца, с последующей её заменой на гипсовую повязку в положении Лоренц III ещё на 2 месяца.

Для вправления врождённого вывиха бедра может быть применён аппарат Гнаусека.

Операция по открытому вправлению врождённого вывиха бедра и формированию крыши вертлужной впадины показана после 5 летнего возраста.

Эталон ответа. Задача №5

Диагноз: Ушиб головного мозга лёгкой степени. Закрытый перелом правой теменной кости.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на наличие припухлости в правой теменной области, данных анамнеза (в анамнезе – падение из коляски с ударом головой о деревянный пол), данных объективного обследования (В области волосистой части головы справа пальпируется мягкое флюктуирующее образование, диаметром 6 см.), Данных рентгенологического обследования.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в госпитализации пострадавшего ребёнка на срок до 3-х недель, динамическом наблюдении, симптоматической терапии (аналгетики, седативные, церукал – при наличии рвоты), при необходимости – адекватной инфузионной терапии, антибиотикотерапия, с 4-х суток назначаются ноотропные препараты. Обязателен осмотр пострадавшего ребёнка неврологом и нейрохирургом.

В плане дообследования – УЗИ головного мозга, МРТ головного мозга. При обнаружении внутричерепной гематомы показана трепанация черепа с удалением внутричерепной гематомы.

Эталон ответа. Задача №6

Диагноз: закрытый разгибательный чрезмыщелковый перелом правой плечевой кости со смещением.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правой руке, в области правого локтевого сустава. Данных анамнеза (со слов мальчика, он упал с горки, после чего появилась боль и припухлость в области правого локтевого сустава), данных объективного обследования (Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции нижней трети правой плечевой кости и локтевого сустава), данных рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в закрытой репозиции отломков правой плечевой кости под наркозом, трансфиксации отломков правой плечевой кости спицами Киршнера, проведёнными через внутренний и наружный надмыщелки правой плечевой кости в её метадиафиз и наложении гипсовой лонгеты в среднефизиологическом положении предплечья. Обязательна госпитализация пострадавшего ребёнка минимум на 1,5 недели с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности и дозаживления ранок в местах проведения спиц. При неосложнённом течении и удовлетворительном стоянии отломков ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5 недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

Срок гипсовой иммобилизации – 2 недели с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в локтевом суставе. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов.

При неудовлетворительном стоянии отломков в гипсе ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, трансфиксация спицами, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

Эталон ответа. Задача №7

Диагноз: Болезнь Легг-Кальве-Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости) справа, стадия импрессионного перелома.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в правом тазобедренном суставе, хромоту; данных анамнеза (Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в правом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у

ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны правого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения); данных объективного обследования (При ходьбе мальчик хромотает. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены - преимущественно ротационные и отведение из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна), данных рентгенологического обследования в динамике.

Методы обследования, применяемые для диагностики: Обзорная R-графия одновременно обоих суставов для выявления стадии остеопороза, R-графия тазобедренного сустава в динамике – для контроля за развитием процесса болезни, для раннего выявления начала болезни – МРТ. Анализ крови на электролиты, сиаловые кислоты. Для дифдиагностики с туберкулёзом и остеомиелитом – туберкулиновая проба, общий анализ крови.

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

Консервативное лечение включает: общеукрепляющее лечение, применение спазмолитиков, сосудистых препаратов, ФТЛ, ЛФК, массаж, разгрузки конечности на весь срок лечения (манжеточное вытяжение, ходьба на костылях. Консервативное лечение проводится курсами по 1,5 месяца с перерывом 3 месяца в специализированных санаториях.

Применяемые операции: направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (тунелизации, костная пластика на мышечной ножке); декомпрессирующие операции (миотенофасциотомии, разгружающие аппараты внешней фиксации); комбинированные операции (корректирующие остеотомии в сочетании с миотенофасциотомиями); реконструктивные операции.

У данного больного показано консервативное лечение, возможно применение одной из разгружающих операций.

Эталон ответа. Задача №8

Диагноз: Отморожение пальцев и передних отделов обеих стоп II степени. S = 3,5%-4%.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на наличие пузырей на коже обеих стоп и пальцах обеих стоп, которые появились после отморожения, которое произошло 3 дня назад, данных объективного обследования - отёк мягких тканей передних отделов обеих стоп. На коже пальцев обеих стоп и передних отделов обеих стоп – обширные эпидермальные пузыри, при вскрытии которых обнажается дерма багрового цвета, при этом чувствительность ее сохранена. Капиллярный пульс на пальцах стоп сохранён.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в своевременном и правильном оказании первой врачебной помощи, согревании обмороженных частей конечностей. Применяются спазмолитики, сосудистые препараты, щадящие дозы УВЧ, витаминотерапия, для местного лечения применяются влажно-высыхающие повязки с водными растворами антисептиков.

Эталон ответа. Задача №9

1. Диагноз: закрытый вывих правого предплечья кзади.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области правого локтевого сустава, данных анамнеза (травма при падении с горки с опорой на правую руку), данных объективного обследования (наличие деформации, отёка, локальной болезненности, «пружинящей подвижности» в области правого локтевого сустава), данных рентгенологического обследования.

2. Догоспитальная тактика состоит в наложении на повреждённую конечность транспортной шины Крамера, введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар.

3. Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит во вправлении вывиха правого предплечья под наркозом, наложении гипсовой лонгеты в среднефизиологическом положении предплечья, обязательной госпитализации пострадавшего ребёнка минимум на 1 неделю с целью наблюдения за состоянием повреждённой конечности.

4. При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через неделю на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

Срок гипсовой иммобилизации – 3 недели с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, ФТЛ, массаж вне зоны локтевого сустава, самостоятельная разработка движений в локтевом суставе.

Эталон ответа. Задача №10

Результаты лабораторных исследований. В тяжелых случаях лабораторные исследования могут выявить такие изменения, как прогрессирующая анемия, полиморфно-ядерный лейкоцитоз ($20-30 \cdot 10^9$ ул), тромбоцитопения, гипофибриногенемия, нарушение свертывания крови, протеинурия и азотемия.

Следует немедленно уложить и иммобилизовать пораженную конечность, чтобы снизить скорость распространения яда. Если это анатомически осуществимо, то на конечность на несколько сантиметров выше места укуса следует наложить широкую сдавливающую повязку; накладывать ее нужно достаточно плотно, так чтобы под нее можно было с трудом просунуть один палец. Цель этой процедуры - затруднить ток лимфы. Если на транспортировку пострадавшего в больницу потребуется затратить более 30 мин, а осмотр его проведен в течение 5 мин после укуса, то, прежде чем отправлять больного в больницу, следует выполнить разрез ранки в месте укуса и отсосать раневое содержимое. **Введение антитоксической иммунной сыворотки** - единственное специфическое лечение при, отравлении змеиным ядом, и его выполнение при тяжелых случаях жизненно важно.

Патогенез. Летальному исходу часто предшествуют развитие сосудистой недостаточности, связанное с выраженным снижением объема циркулирующей крови, происходящим в результате скопления крови в микроциркуляторном русле, а также потери плазмы крови в результате повышенной проницаемости капилляров. Системная абсорбция яда происходит через лимфатические сосуды, поэтому для ослабления

симптомов отравления полезно проведение лечебных мероприятий, направленных на уменьшение тока лимфы.

Эталон ответа. Задача №11

Диагноз: Врожденный гипертрофический пилоростеноз.

Врожденный пилоростеноз – порок развития желудочно-кишечного тракта, характеризующийся органическим сужением привратникового отдела желудка, примыкающего к 12-перстной кишке. Врожденный пилоростеноз проявляется на 2-4-й неделе жизни ребенка рвотой «фонтаном», возникающей после кормления, снижением массы тела и тургора кожи, олигурией, запорами. В настоящее время врожденный пилоростеноз рассматривается как многофакторная патология, в происхождении которой могут участвовать семейно-наследственные факторы и неблагоприятные воздействия на развивающийся плод. Ребенок с подозрением на врожденный пилоростеноз должен быть направлен педиатром к детскому хирургу. Диагноз подтверждается с помощью ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического обследования желудка.

При осмотре ребенка с врожденным пилоростенозом определяется вздутие в эпигастральной области, видимая перистальтика желудка (симптом «песочных часов»). В большинстве случаев удается пальпировать гипертрофированный привратник, имеющий плотную консистенцию и сливообразную форму.

Лабораторные анализы (ОАК, КОС крови, биохимическое исследование крови) характеризуются повышением гематокрита, метаболическим алкалозом, гипокалиемией, гипохлоремией.

Детям с подозрением на врожденный пилоростеноз показано проведение УЗИ желудка с водно-сифонной пробой. При осмотре пилорического канала заметно его плотное смыкание, утолщение мышечного жома, отсутствие эвакуации содержимого в 12-перстную кишку. При проведении эзофагогастродуоденоскопии ребенку с врожденным пилоростенозом определяется расширение антрума и сужение просвета канала привратника до размеров булавочной головки. В отличие от пилороспазма, при врожденном пилоростенозе пилорический канал не раскрывается при инсuffляции воздуха. По эндоскопическим данным при врожденном пилоростенозе часто выявляется рефлюкс-эзофагит.

Обзорная рентгенография брюшной полости демонстрирует увеличение размеров желудка, наличие в нем уровня жидкости натошак, снижение газонаполнения петель кишечника. При проведении рентгенографии желудка с бариевой взвесью обращает на себя внимание сегментирующая перистальтика, задержка контраста в желудке и отсутствие его эвакуации в 12-перстную кишку, в боковой проекции - симптом антропилорического «клюва» (сужение пилорического канала).

Дифференциальная диагностика врожденного пилоростеноза проводится с пилороспазмом, кишечной непроходимостью, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, атрезией и стенозом двенадцатиперстной кишки, ГЭРБ. При врожденном пилоростенозе проводится пилоромиотомия по Фреде-Рамштедту, в ходе которой рассекается серозно-мышечный слой привратника до слизистой, тем самым устраняется анатомическое препятствие и восстанавливается проходимость привратникового канала. Операция выполняется открытым, лапароскопическим или трансумбиликальным способом. В послеоперационном периоде осуществляется дозированное кормление, объем которого к 8-9 суткам доводится до возрастной нормы.

Эталон ответа. Задача №12

Диагноз: Некротическая флегмона новорожденного.

У детей первых недель жизни может возникнуть своеобразное поражение подкожной клетчатки, которое получило название «флегмона новорожденных». Заболевание характеризуется тяжелым течением, быстрым развитием обширных некрозов клетчатки с последующей отслойкой и отторжением кожи. В очаге поражения некротические изменения преобладают над

воспалительными. В большинстве случаев заболевание начинается остро с явлений бурной интоксикации (62%). При этой форме заболевания, названной токсико-септической формой некротической флегмоны, вначале выявляется ухудшение общего состояния ребенка. Новорожденный отказывается от груди; быстро повышается температура тела (38—40 °С), бывает рвота. У ребенка появляется беспокойство. Затем он становится вялым. Кожа приобретает сероватый оттенок. Язык обложен, сухой. Тоны сердца глуховатые, пульс плохо сосчитывается, мягкий. В крови лейкоцитоз до $(12—18) \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом в формуле влево. Дифференциальная диагностика. В ранней стадии заболевания (24—36 ч) наиболее трудно отличить некротическую флегмону от рожистого воспаления. Оба заболевания обычно сопровождаются однотипными изменениями общего состояния больного. Однако при рожистом воспалении; в отличие от некротической флегмоны, гиперемия кожи на участке поражения имеет четкие края, кожа блестящая, напряженная, распространение отека и гиперемии идет в виде «язычков». Часто видны входные ворота инфекции — инфицированные ссадины, потертость. Для рожистого воспаления характерна локализация на лице, в области пупка и промежности. При пальпаторном исследовании области рожистого воспаления отчетливо ощутима граница отека по краю гиперемии, которая возвышается над здоровой кожей (при некротической флегмоне часто бывает ощутимо углубление, полого идущее к центру гиперемии). Проводя дифференциальную диагностику, следует учитывать, что рожистое воспаление у новорожденных возникает крайне редко. Подкожный адипонекроз новорожденных характеризуется постепенным развитием в подкожной клетчатке множественных некротических инфильтратов, плотных, безболезненных при пальпации. Кожа над инфильтратами не изменена. Общее состояние ребенка остается удовлетворительным, температура тела — нормальной. Самоизлечение наступает через 5—6 нед. Дифференциальная диагностика с абсцессом, гнойным лимфаденитом и маститом обычно не вызывает затруднений. При этих заболеваниях имеется ограниченная, резко болезненная припухлость, часто выявляется флюктуация. Ошибочный диагноз не влечет за собой неприятных последствий, так как во всех случаях показаны срочное хирургическое лечение и проведение общеукрепляющих мероприятий. Оперативное лечение проводят всем больным по срочным показаниям вслед за установлением диагноза. Обезболивание — кратковременный наркоз. Некротическую флегмону вскрывают в центре разрезом длиной 1,5—2 см. Затем на всем отслоенном участке кожи производят еще несколько таких же небольших разрезов в шахматном порядке. При этом обычно выделяется в небольшом количестве серозно-гнойная жидкость, которую берут на посев и определение чувствительности микробов к антибиотикам.

Эталон ответа. Задача №13

Диагноз: Некротизирующий энтероколит новорожденных.

Некротический энтероколит новорожденных (НЭК) — это неспецифическое заболевание воспалительного характера, которое вызывается инфекционными агентами на фоне повреждения слизистой оболочки кишечника или ее функциональной незрелости. Некротический энтероколит новорожденных — полиэтиологическое заболевание. Основными патогенетическими факторами являются гипоксия и ишемия в перинатальном периоде, нерациональное питание новорожденного и заселение кишечника аномальными микроорганизмами. К способствующим факторам относятся: преждевременные роды, эклампсия, травмы ЦНС при родах, иммунодефицитные состояния у ребенка, аномалии развития кишечника, отягощенный семейный анамнез. Диагностика некротического энтероколита новорожденных включает в себя сбор анамнеза, клиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Анамнестические данные могут помочь педиатру и детскому хирургу установить возможную этиологию, проследить за динамикой заболевания. При объективном осмотре выявляются присутствующие на данный момент клинические симптомы — абдоминальные, соматические и генерализованные проявления. Специфических лабораторных тестов для

подтверждения НЭЖ не существует
Ведущую роль в диагностике некротического энтероколита новорожденных играют инструментальные методы: рентгенография, УЗИ, КТ и МРТ. Они дают возможность визуализировать отек стенок кишечного тракта, плюс-ткань, наличие воздуха в брюшной полости, в просвете портальной или печеночной вен, а также отсутствие перистальтики на серии последовательных снимков

Тактика лечения некротического энтероколита новорожденных зависит от тяжести состояния ребенка и стадии заболевания. Детям с 1а, 1б и 2а стадиями показана консервативная терапия. С момента постановки диагноза отменяется энтеральное питание и проводится постановка назо- или орогастрального зонда с целью декомпрессии. Ребенок переводится на полное парентеральное питание (TPN) в соответствии с клиническими протоколами. Параллельно назначаются антибактериальные препараты из групп пенициллинов (ампициллин) и аминогликозидов II поколения (гентамицин) в комбинации с медикаментами, действующими на анаэробную микрофлору (метронидазол). При неэффективности выбранной антибиотикотерапии применяют цефалоспорины III-IV поколения (цефтриаксон) в сочетании с аминогликозидами III поколения (амикацин). Таким детям рекомендованы пробиотики и эубиотики для нормализации кишечной микрофлоры. Также проводят СВЧ-терапию, вводят иммуномодуляторы и гамма-глобулины.

Детям с 2б, 3а и 3б стадиями показано хирургическое вмешательство. Объем операции зависит от распространенности поражения кишечника. Как правило, проводится экономная резекция пораженного участка с формированием энтеростомы или колостомы. При локальных формах НЭЖ возможно наложение анастомоза по типу «конец в конец». После операции назначается инфузионная терапия и медикаментозное лечение, аналогичное более ранним стадиям.

Эталон ответа. Задача №14

Диагноз: Бронхоэктатическая болезнь

Бронхоэктатическая болезнь – заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися функциональной неполноценностью и развитием хронического гнойно-воспалительного процесса в бронхиальном дереве.

Клиническая классификация . • цилиндрические; • варикозные (или веретенообразные); • мешотчатые.

Показания для экстренной госпитализации: • нарастание дыхательной недостаточности. Показания для плановой госпитализации: • обострение бронхолегочного процесса; • отсутствие эффекта от лечения на амбулаторном этапе; • при декомпенсации развитие легочного сердца..

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- общий анализ крови;
- бактериологическое исследование мокроты;
- спирография;
- рентгенография грудной клетки в двух проекциях;
- ЭКГ;
- лечебно-диагностическая бронхоскопия;
- бактериологическое исследование бронхиального смыва;

Диагностические

критерии

Жалобы:

• кашель с гнойной мокротой, возникающий с характерной регулярностью по утрам при пробуждении и вечером при отходе ко сну.

Анамнез:

- повторные и рецидивирующие пневмонии с затяжным течением;
- боли в грудной клетке при дыхании;
- при обострении мокрота с гнилостным запахом, кровохарканье.

Физикальное

обследование

При осмотре выявляются:

- деформация грудной клетки (бочкообразная);
- признаки хронической гипоксии: ногти в форме «часовых стёкол», деформация пальцев в виде «барабанных палочек»;

- при аускультации: односторонние крепитирующие хрипы в легких, характерна стабильная локализация влажных хрипов;
- симптомы дыхательной недостаточности.

инструментальные исследования:

- Рентгенография грудной клетки в двух проекциях: рентгенологические признаки хронического бронхита или пневмонии;
- Спирометрия: нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу;
- КТ органов грудной клетки: распространенные бронхоэктазы.

Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:

- торакотомия: операция односторонних кистозных бронхоэктазах. **Профилактические мероприятия:**
- ограничение контактов с больными и вирусоносителями, особенно в сезоны повышения респираторной заболеваемости;
- ношение масок и мытье рук членов семьи с заболеванием ОРВИ;
- поддержание оптимального воздушного режима в помещении;
- проведение закаливающих мероприятий.

Эталон ответа. Задача №15

Диагноз: Эпифизарный остеомиелит правого бедра. Патологический вывих правого бедра.

Последствия эпифизарного остеомиелита бедра. Эпифизарный остеомиелит головки бедренной кости приводит к наибольшему количеству осложнений, сопровождающихся нарушением опороспособности конечности. Наиболее часто возникает патологический подвывих и вывих бедра. Различают дистензионный и деструктивный вывихи. Дистензионный развивается при скоплении жидкости в полости сустава и при обусловленном этим смещении бедра кнаружи. Позже под влиянием тяги мышц и при отсутствии иммобилизации проксимальный конец бедра смещается кверху.

Причиной деструктивных вывихов является разрушение головки шейки, крыши вертлужной впадины. В последующем проксимальный конец бедра в значительной степени смещается кнаружи, кверху. По мере роста ребенка и увеличения нагрузки на конечность укорочение нарастает.

Клиническая картина патологического вывиха бедра такая же, как и врожденного вывиха. Патологический подвывих либо вывих бедра может сочетаться с уменьшением шеечно-диафизарного угла. Соха vara возникает при частичном поражении росткового хряща с переходом воспаления на шейку бедра, а также в результате ранней нагрузки на конечность (В. М. Державин, 1965).

Значительно реже после перенесенного остеомиелита возникает анкилоз тазобедренного сустава. В. М. Державин (1965) указывает, что это осложнение наблюдается у тех больных, у которых воспалительный процесс сопровождался обширной деструкцией головки и вертлужной впадины. Все осложнения эпифизарного остеомиелита головки бедренной кости сопровождаются большим или меньшим укорочением бедра, хромотой, нарушением опоры. Степень восстановления функции пораженной конечности зависит от рациональности выбора методов лечения (консервативного или хирургического) и сроков их проведения. Ортопедическое лечение больных при дистензионном вывихе в ранние сроки после перенесенного эпифизарного остеомиелита такое же, как и при врожденном вывихе бедра. Больному накладывают стремя Павлика, шипу ЦИТО, распорку Виленского, подушку Фрейка и т. п. В положении отведения бедра рекомендуют делать лечебную гимнастику (ротационные движения, сгибание и разгибание в коленном и тазобедренном суставах), массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, УФО, электрофорез йодистого калия, ферментов и т. д.). Срок лечения дистензионного вывиха колеблется от 3 до 6—9 мес. Рентгенологический контроль проводят каждые 3 мес. В течение 2—3 лет больные находятся на диспансерном наблюдении.

Дифференциальный диагноз эпифизарного остеомиелита приходится проводить с туберкулезом длинных трубчатых костей и ранним врожденным сифилисом. Туберкулезное поражение костей у детей до 2 лет встречается крайне редко. Процесс развивается постепенно и ребенок продолжает ходить, несмотря на перемежающиеся боли и хромоту, что исключено при эпифизарном

остеомиелите. Особенность клинико-морфологического течения туберкулезного процесса объясняет рентгенологические проявления эпифизарного туберкулеза.

Эталон ответа. Задача №16

Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит. Эндотоксический шок.

Острый гематогенный остеомиелит - острое воспаление костного мозга, характеризующееся вовлечением в патологический процесс всех элементов кости и нередко генерализацией процесса. Термин "остеомиелит" (греч. *osteon* - кость, *myelo* - костный мозг) означает воспаление костного мозга, хотя с самого начала под ним подразумевали воспаление всей кости.

1. Назначают высокие дозы антибактериальных препаратов, учитывая функциональные способности почек. Из антибактериальных препаратов применяют фторхинолоны (ципрофлоксацин), амикацин, гентамицина сульфат, цефалоспорины.
2. Чтобы восстановить нормальную работу органов и систем, повысить артериальное давление, применяют глюкокортикоиды (гидрокортизон, преднизолон), проводят коррекцию имеющихся электролитных нарушений.
3. Применяют антигистаминные препараты (пипольфен, дипразин), гепарин.

Обязательно с помощью внутривенных растворов нужно восполнить объем циркулирующей крови. При проявлениях эндотоксического шока с целью стабилизации гемодинамики вводят гидрокортизон (5 мг/кг внутривенно капельно), при необходимости введение его повторяют до 4 раз с интервалами 30-60 мин. При этом следует учесть, что стероидные гормоны способствуют генерализации инфекции и при гнойных процессах их назначают лишь эпизодически.

Эталон ответа. Задача №17

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) верхней трети правого бедра. Диагноз установлен на основании анамнестических сведений (травма 4 дня назад, динамика заболевания), наличия локальных изменений - боли, ограничения функции, признаков местной воспалительной реакции (отёк), признаков системной воспалительной реакции (повышение температуры тела, лейкоцитоз со сдвигом влево), интоксикационного синдрома (увеличение печени, тахикардия, слабость), отсутствие травматических повреждений на рентгенограмме.

2. Какие факторы у детей предрасполагают к развитию этой патологии?

Факторами, предрасполагающими к развитию данной патологии являются анатомо-физиологические особенности опорно-двигательного аппарата (кровоснабжение длинных трубчатых костей), реактивность и сенсibilизация детского организма, наличие очага инфекции и других провоцирующих факторов (например, травмы).

3. Укажите основные патогенетические механизмы развития установленного вами заболевания. Особенности кровоснабжения метаэпифизарных зон длинных трубчатых костей + инфекционный эмбол, эндо- и периваскулярная воспалительная реакция, повышение внутрикостного давления и некроз тканей + синдром системного воспалительного ответа.

4. Какие инструментальные и неинструментальные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Рентгенография тазобедренных суставов, бедренных костей, пункция мягких тканей, пункция в/3 правой бедренной кости, остеотонометрия, макроскопическое, цитологическое и бактериологическое исследование пунктата - содержимого костно-мозгового канала.

5. Составьте план лечения. Кратковременная предоперационная подготовка, адекватная санация очага хирургической инфекции (кортикальная резекция подвертельной зоны бедренной кости, вскрытие флегмоны костно-мозгового канала, установка микроирригаторов в костномозговой канал в/3 и туннелизация шейки бедренной кости с установкой микро ирригатора, дренирование поднадкостничной, межмышечной флегмон), скелетное вытяжение правой нижней конечности на шине Беллера, комплексная терапия в послеоперационном периоде (антибактериальное, дезинтоксикационное, иммуномодулирующее, витаминное лечение, физиотерапия, введение антибиотиков внутрикостно).

Эталон ответа. Задача №18

1. Поставьте диагноз, проведите обоснование диагноза.

Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.

2. Что явилось причиной данной патологии? Какие морфологические формы заболевания Вы знаете?

Врожденная аномалия воротной вены. Внепеченочная (под- и надпеченочная) и внутripеченочная формы.

3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

При поступлении - оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличии признаков шока - потивошковые мероприятия с своевременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.

4. Оцените данные обследования. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Анализ крови: постгеморрагическая анемия. УЗИ: наличие трансформации воротной вены (отсутствие магистрального ствола). Дополнительные методы исследования: ФГС, доплерография, спленопортография, спленопортонометрия.

5. Составьте план лечения ребёнка. Каковы показания к хирургическому лечению при данной патологии?

Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) системному порто-кавальному шунтированию. Показанием к экстренной операции является неэффективность консервативной гемостатической терапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения).

Эталон ответа. Задача №19

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

Диагноз: Патология внутриутробного развития. Врожденная высокая кишечная непроходимость.

Диагноз поставлен на основании: - данных анамнеза (ребенок от первой беременности, протекавшей с гестозом I половины, в ранние сроки беременности роженица находилась на сохранении, отмечалось многоводие; через 3 часа после рождения появилась рвота с желчью. Через 6 часов отмечен - повторная рвота грудным молоком с примесью желчи, отсутствие мекония),-

данных объективного осмотра (кожные покровы бледновато-розовые чистые, живот несколько увеличен в размерах за счет верхних отделов, в нижних - запавший, «ладьевидный»),- данных УЗИ органов брюшной полости (желудок и 12-ти перстная кишка расширены, заполнены газом и жидким содержимым) можно поставить диагноз: «Врожденная высокая кишечная непроходимость».

2. Укажите факторы, влияющие на возникновение данной патологии и этапы её формирования.

Формирование ВКН происходит на ранних этапах (2-12 нед.) внутриутробного развития ЖКТ: под влиянием различных тератогенных факторов (эндо-, экзогенных, мультифакторных) нарушается эмбриогенез первичной кишечной трубки. Нарушение развития первичной кишечной трубки в различные периоды (пролиферации, вакуолизации, канализации) определяет развитие ВКН по внутреннему типу атрезия, стеноз, мембрана кишечника. Нарушение нормального поворота кишечника определяет наружный тип ВКН.

3. Дайте обоснование необходимости проведения рентгенологического обследования.

Рентгенологическое обследование необходимо провести с целью диагностики ВНР ЖКТ как наиболее информативный метод исследования (наличие 2-х чаш Клойбера на обзорной рентгенографии брюшной полости свидетельствует о высокой кишечной непроходимости).

4. Укажите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.

Необходимо дифференцировать с:- пилороспазмом при перинатальном поражении ЦНС,- синдромом вегето-висцеральных нарушений ЖКТ при сепсисе,- грыжей пищеводного отверстия диафрагмы,- халазией и атрезией пищевода,- врожденной низкой кишечной непроходимостью, атрезией пищевода.

5. Определите лечебно-диагностические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи (родильный дом, стационар).

Лечебно - тактические мероприятия: В родильном доме:- прекратить кормление ребенка,- ввести зонд в желудок, удалить содержимое,- профилактика аспирационных осложнений (возвышенное положение шовного отдела туловища, постоянный зонд в желудок),- оптимальные условия кувеза,- профилактика геморрагической болезни - в/м ввести 1% р-р викасол , 2мл,-согласовать и обеспечить срочный перевод новорожденного в клинику детской хирургии в оптимальных условиях транспортировки бригадой РКЦ.

В клинике детской хирургии: а) Предоперационная подготовка:- оптимальные условия кувеза,- оставить зонд для декомпрессии желудка и 12-ти перстной кишки,- лабораторные исследования (группа и резус-фактор крови, развернутый анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи),- рентгенологическое обследование,- регидрационная инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы. плазма, альбумин),- превентивное введение антибиотиков парентерально,- профилактика и лечение аспирационных осложнений,- профилактика и лечение геморрагической болезни новорожденных. б) Хирургическое лечение. в) Комплексная терапия в послеоперационном периоде в условиях стационарного отделения с респираторной, инотропной поддержкой, выхаживание.

Эталон ответа. Задача №20

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

Патология внутриутробного развития. Атрезия пищевода, свищевая форма. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и объективного осмотра: беременность с угрозой прерывания в I половине, обострением хронического пиелонефрита; с рождения отмечаются акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах, нарастает одышка, на расстоянии слышны хрипы, состояние тяжелое за счёт острой дыхательной недостаточности (цианоз, одышка), в лёгких - жёсткое дыхание, влажные хрипы.

2. Этиология и патогенез заболевания. Этиопатогенез атрезии пищевода: развитие пороков пищевода происходит на ранних этапах (2-12 нед.) эмбриогенеза. Под влиянием различных

тератогенных факторов (эндо-, экзогенных, мультифакторных) нарушается образование пищевода и трахеи, бронхов из начального отдела первичной кишечной трубки - неполное разделение вентральной (абдоминальной) и дорсальной её частей, что приводит к формированию трахео-пищеводного соустья. Образование несвищевой формы атрезии пищевода связано с нарушением формирования просвета первичной кишечной трубки (отсутствие стадии реканализации)

3.Классификация заболевания. Классификация атрезии пищевода:- свищевая и несвищевая формы. Выделяют 6 основных вариантов атрезии пищевода. Наиболее частая форма атрезии пищевода нижний трахео-пищеводный свищ и слепой проксимальный отдел пищевода.

4. . Диагностика и дифференцируемые заболевания. Диагностика атрезии пищевода:
- Пренатальная УЗИ - диагностика (на 20-24-30 неделе беременности) - многоводие, отсутствие пневматизации желудка и кишечника. - Постнатально: клинические симптомы РДС, аспирационных осложнений (асфиксии, пневмонии), наличие слизи в ротоглотке; зондирование пищевода, желудка (установление препятствия на уровне пищевода) проведение пробы Элефанта (введение 10мл воздуха шприцем в зонд). Проба положительная - воздух с шумом выходит обратно через нос и рот ребенка, не проходит в желудок рентгенологическое обследование в вертикальном положении ребенка с контрастированием пищевода водорастворимым Rg-контрастным веществом. Задержка контрастного вещества в виде «слепого мешка» и наличие воздуха в желудке и кишечнике характерны для атрезии пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом.

5. Укажите лечебно – тактические мероприятия на этапах оказания медицинской помощи (родильный дом, транспортировка, стационар). А) В родильном доме: Удаление слизи из ротоглотки с помощью электроотсоса, резиновой груши, шприца. восстановление проходимости дыхательных путей, интубация трахеи, санация трахео- бронхиального дерева. Обеспечение адекватной респираторной поддержки (оксигенотерапия под мониторинговым контролем сатурации, ЧСС, ЧДД, АД, t°, газов крови)- Удаление слизи из проксимального отдела пищевода, ротоглотки каждые 10-15 минут через зонд введенный в этот отдел. Создание оптимальных условий микроклимата (кувез). Возвышенное положение головного отдела туловища. Профилактика и лечение аспирационной пневмонии (антибиотикотерапия). Профилактика геморрагического синдрома (викасол). Согласовать и организовать перевод ребенка в клинику детской хирургии бригадой врачей РКЦ. Б) Транспортировка новорожденного средствами РКЦ: в транспортном кувезе с приподнятым головным концом; регулярная аспирация слизи из рото- носоглотки; ингаляция кислорода; при нарастании дыхательной недостаточности - проведение интубации трахеи и ИВЛ; предупреждение гипотермии оворожжденного. В) В клинике детской хирургии: Предоперационная подготовка:Создание оптимальных условий микроклимата (кувез). Рентгенологическое обследование в вертикальном положении ребёнка с контрастированием пищевода водорастворимым Rg- контрастным веществом. Проведение общих клинических анализов крови и мочи б/химический анализ крови: Определение группы и резус-фактора крови ребенка; Инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы, криоплазма); парентеральное питание. Профилактика и лечение геморрагических и аспирационных осложнений (назначение викасола в/м 1% раствор 0,2мл, антибиотики); Хирургическая коррекция порока ишевода. Комплексная терапия в послеоперационном периоде в условиях реанимационного отделения с респираторной, инотропной поддержкой, выхаживание.

Эталон ответа. Задача №21

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

Диагноз: Некротически-язвенный энтероколит (4 стадия), перфоративный перитонит. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза, жалоб, результатов клинического обследования (общего и локального статусов), лабораторных исследований.

2. Этиология и патогенез заболевания.

Этиопатогенез: в развитии некротически-язвенного энтероколита (НЭК) придаётся важное значение многим факторам (инфекционному, гемодинамическому, гипоксии, недоношенности, родовой стресс-реакции, ЗВУР, алиментарному). В патогенезе НЭК ведущую роль играют циркуляторные, воспалительные изменения в стенке кишечника с развитием дизбактериоза, обменно-метаболических нарушений и синдромов транслокации, системного воспалительного ответов организма. Развитие деструктивных изменений в стенке кишки приводит к некрозу и перфорации кишечника, перитониту. В патогенезе перфоративного перитонита важными факторами нарушений гомеостаза являются интоксикация, микроциркуляторные, волевические, гидро-ионные сдвиги,

гипоксия тканей, обменно-метаболические изменения, развитие дисфункции органов и систем и

синдрома полиорганной недостаточности.

3. Укажите стадии течения данной патологии. Стадии течения НЭК: I стадия - продромальная, II стадия - клинических проявлений, III стадия - предперфорации, IV стадия - перфорации, перитонита.

4. Диагностика и дифференциально-диагностический алгоритм данного заболевания.

Диагностика: Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении (при перфорации - свободный газ в виде серпа в поддиафрагмальном пространстве, чаши Клойбера, возможен - пневмогидроперитонеум).

Дифференциальная диагностика:

а) острая очаговая пневмония: боли в животе за счёт вовлечения в воспалительный процесс межрёберных нервов грудной стенки, париетальной плевры и передней брюшной стенки. Интоксикация, рвота, парез кишечника на фоне респираторных нарушений: кашель, одышка, раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков (ДН) при перкуссии - укорочение перкуторного звука, жёсткое дыхание. Рентгенологические данные: очаговые тени, усиление лёгочного рисунка. Общий анализ крови: лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При проведении шейной вагосимпатической блокады по Вишневному на стороне поражения, живот становится доступен для пальпации, а при перитоните боли, напряжение брюшной стенки сохраняются.

б) острая дизентерия: частый стул, тенезмы, боли в животе, интоксикация, гемоколит. На рентгенограмме брюшной полости отсутствие признаков пневмогидроперитонеума.

в) сальмонеллёз: характер стула зловонный, цвета болотной тины, повышение температуры, боли в животе, живот вздут, мягкий, нет симптомов раздражения брюши и пневмогидроперитонеума.

г) инвагинация кишечника: острое начало, схваткообразные боли в животе, стул по типу малинового желе», пальпаторно определяется инвагинат.

5. Дайте обоснование инфузионной терапии и её объём при лечении ребёнка. Обоснование проведения инфузионной терапии (ИТ): исходя из: патогенеза НЭК IV стадии, осложнённого перфоративным перитонитом, ИТ необходима целью дезинтоксикации, устранения гиповолемии и электролитных нарушений, сдвигов в кислотно-основном балансе, обменно-метаболических нарушений, а также с целью парентерального питания. Объём ИТ определяется с учётом:

- физиологической суточной потребности в жидкости (мл/кг массы тела), и основных электролитов (K, Na), - патологических потерь (исходных и текущих) за счёт рвоты, застойного содержимого в желудке, кишечнике, одышки, гипертермии, пареза кишок и жидкого стула.

Объём суточной ИТ = объём физиологической потребности + объём исходных патологических потерь + объём текущих патологических потерь. Физиологические потребности в жидкости и электролитах рассчитываются по таблице Абердина.

Для ребёнка 1 месяца с массой тела 4000гр. объём физиологических потребностей в жидкости на сутки составит: $160(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 640(\text{мл.}) - V \text{ сут.}$

V патол. потерь:

а) $10(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл.})$ (за счёт рвоты);

б) $10: \text{п.} \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл.})$ (за счёт гипертермии);

в) $10(\text{мл.}) \times 4 (\text{кг.}) = 40(\text{мл.})$ (за счёт пареза кишок II степени)

Итого $V_{\text{сут}} \text{ ИТ} = 640 \text{ мл.} + 120 \text{ мл.} = 760 \text{ мл.}$

В предоперационный период объём ИТ составит 1/3 от суточной потребности ребёнка (280мл.).

Состав ИТ - коллоиды и кристаллоиды в соотношении 1:2.

Эталон ответа. Задача №22

1 Диагноз: ОГДЛ, острый левосторонний гнойный плеврит, ДН II ст.

На основании: ранее перенесенное ОРВИ, одышки, местного статуса (отставание левого гемиторакса в дыхании, при перкуссии слева, ниже 6-го ребра по средне-подмышечной линии -притупление, ниже которого дыхание не прослушивается, а выпи дыхание жестковатое, влажные хрипы, смещение границ сердца вправо), лабораторных методов исследования (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, токсическая зернистость лейкоцитов.

2. Этиопатогенез заболевания.

Микробный токсин - нарушение микроциркуляции (образование тромбов) - образование очагов гнойной инфекции - гипоксия. Перегрузка правых отделов сердца - увеличение печени, селезенки. А. Дыхательная недостаточность.

Б. С-м внутригрудного напряжения. Ателектаз, увеличивается периферическое сопротивление в малом круге кровообращения, депонирование крови со сбросом через артерио-венозные шунты без оксигенации - с-м легочной недостаточности.

3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

Опухоли легких и средостения (лимфогрануломатоз, саркома, нейрогенные опухоли и др.) Диафрагмальная грыжа: смещение желудка и петель кишечника в грудную полость ухудшение состояния - одышка - цианоз. На R-грамме - смещение средостения, газовый пузырь в желудке в грудной полости. Ателектаз (инородные тела). Пороки развития легких (агенезия, гипоплазия, врожденная лобарная эмфизема, бронхоэктазы). Туберкулез.

4. Составьте план лечения данного больного.

Уменьшение признаков внутригрудного напряжения, посев на микрофлору и антибиотикограмму, введение антибиотика в плевральную полость.

А. Борьба с интоксикацией и ССН: переливание плазмы, низкомолекулярных кровезаменителей, глюкозо-солевых растворов, сердечных гликозидов, витаминов.

Б. Борьба с гипертермией: физические методы охлаждения, жаропонижающие препараты (парацетамол, ибупрофен)

В. Антибиотики

Г. Улучшение микроциркуляции (трентал,гепарин)

Д. Воздействие на очаг хирургической инфекции:

- восстановление дренажной функции бронхиального дерева (в/м протеолитические ферменты),

- плевральная пункция,

- дренирование плевральной полости при неэффективности пункции,

- поднаркозное раздувание легкого и временная окклюзия бронхов более 7-10 дней.

Е. Оперативное лечение: резекция доли, сегмента, краевая резекция плеврэктомией.

5. При каких состояниях применяется дренирование плевральной

полости?

Синдром внутригрудного напряжения, пиопневмоторакс, гнилостный, геморрагический, густой гнойно-фибринозный экссудат.

Эталон ответа. Задача №23

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

Гидронефроз слева.

Диагноз поставлен на основании:

- а) Периодически повторяющейся боли в животе.
- б) В левом подреберье пальпируется опухолевидное образование, умеренно подвижное, эластической консистенции, безболезненное.
- в) Положительного симптома 12-го ребра.
- г) Изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, микрогематурия).
- д) Данных УЗИ: левая почка увеличена в размерах, чашечки расширены, лоханка в виде анэхогенного образования, паренхиматозный слой умеренно истончен.

2. Какие дополнительные методы исследования требуются для уточнения диагноза?

Дополнительные методы исследования:

- а) Экскреторная урография.
- б) Абдоминальная ангиография.
- в) Ретроградная уретеропиелография.
- г) Радиоизотопная ренография, нефросцинтиграфия.
- д) Доплеровское сканирование.

3. Какие врождённые причины приводят к развитию данного заболевания?

Врождённые причины развития гидронефроза:

- а) Стриктура пиело-уретерального сегмента.
- б) Высокое отхождение мочеточника.
- в) Добавочный сосуд в области пиело-уретерального сегмента.
- г) Эмбриональные спайки в области пиело-уретерального сегмента.
- д) Фиксированный перегиб мочеточника.
- е) Клапан в области пиело-уретерального сегмента.

4. С какими заболеваниями приходится дифференцировать данное заболевание?

Дифференциальный диагноз проводят с опухолью почек, поликистозом, мультикистозом.

5. Каким должно быть лечение ребёнка после выписки из стационара?

Лечение после выписки из стационара: уросептики в течение 3-6 месяцев, диетотерапия, контроль анализов мочи, крови, контрольное обследование в стационаре через год.

Эталон ответа. Задача №24

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.

Диагноз: Правосторонняя ущемленная паховая грыжа.

Обоснование диагноза: жалобы на боли в паховой области, анамнез - повышенное физическое напряжение (повышение внутрибрюшного давления), клиника - наличие болезненного невправляемого образования в правой паховой области, недоступность определения наружного пахового кольца.

2. Какие причины приводят к развитию заболевания?

Основной причиной врожденной паховой грыжи является нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины. К осложнению в виде ущемления привела повышенная физическая нагрузка.

3. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.

Дифференциальная диагностика: киста Нукка; паховый лимфаденит; лимфопролиферативная опухоль паховой области.

4. Тактика при данном заболевании.

Срочная операция в связи с возможным ущемлением органов брюшной полости (яичника, кишечных петель).

5. Диспансерное наблюдение и реабилитация при данном заболевании.

Диспансеризация - наблюдение участковым педиатром и детским хирургом не реже 1 раза в 6 месяцев. Реабилитация - освобождение от физической нагрузки на 2 месяца.

Эталон ответа. Задача №25

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.

Диагноз: Острый аппендицит.

Данный диагноз поставлен на основании: жалоб больной (на боли в животе, рвоту, повышение t тела, отсутствие стула), данных осмотра и обследования (слабое участие правой половины живота в акте дыхания, напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Ровзинга, Образцова, Ситковского), лабораторных данных (лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, СОЭ 20 мм/час).

2. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику?

Дифференциальная диагностика с: кишечной непроходимостью (инвагинацией, странгуляционной и обтурационной КН), нефроурологической патологией (острым пиелонефритом, МКБ и др.), заболеваниями печени и желчевыводящих путей (гепатитом, о.холециститом), соматической патологией (пневмонией, ревматизмом, болезнью Шенлейн-Геноха), кишечными инфекциями, гинекологическими заболеваниями (аднекситом, вульвовагинитом, кистами яичников).

3. Этиопатогенез заболевания.

Этиопатогенез: специфического возбудителя нет, воспаление вызывает собственная эндогенная микрофлора. Основные теории: теория застоя, теория «замкнутых» полостей, паразитарная глистная инвазия, инфекционная теория Ашоффа, гематогенная теория, нервно-сосудистая теория Давыдовского.

4. Составьте план лечения, включая предоперационный и послеоперационный периоды.

План лечения:

Предоперационная подготовка: При неосложнённых формах аппендицита инфузионная терапия не проводится; можно использовать холод на живот, за 30 минут до операции - премедикация. В качестве премедикации в/м вводится 0,1% р-р атропина 0,1мл на 1 год жизни, но не более 1 мл и 1 % р-р промедола из такого же расчёта. Операция: лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, аппендэктомия. Послеоперационный период: щадящая диета соответственно возрасту в первые 2-е суток, обезболивающие препараты 1 -2 дня, антибактериальные препараты 4-5 дней, противоспаечная терапия (физиолечение, лидаза в/м). Швы снимают на 7-е сутки. Противоспаечная терапия продолжается в амбулаторных условиях.

5. Каковы критерии выздоровления, готовности к выписке детей после операции по поводу данного заболевания и рекомендации при выписке?

Критерии выздоровления: отсутствие каких либо жалоб, удовлетворительное состояние, N_t тела в течение последних 3 суток, нормальные данные при повторном ректальном исследовании, отсутствие осложнений, нормализация картины крови.

Рекомендации при выписке:

- курс противоспаечной терапии (электрофорез на послеоперационную область с йодитом К от 7 до 10 сеансов; лидаза в/м по 32-64ЕД курсом 10 инъекций),
- освобождение от занятий физкультуры на 1 месяц.

Эталон ответа. Задача №26

1. Поставьте диагноз с указанием формы и стадии заболевания, проведите обоснование диагноза.

Диагноз: Инвагинация, простая повздошно-ободочная форма, острое течение, начальная стадия.

Данный диагноз можно поставить на основании: жалоб и анамнеза заболевания (заболевание началось с внезапного появления, на фоне полного здоровья, схваткообразных болей в животе, однократной рвоты), данных осмотра (симптом «обезьянки», бледность кожных покровов, вздутие живота), результатов обследования (при поднаркозной пальпации обнаружено опухолевидное образование овальной формы, положительный симптом Данса), ректального исследования:

небольшое количество крови вишнёвого цвета, Rg-ского исследования: симптом «двузубца».

2. Этиопатогенез заболевания. Какое нарушение можно трактовать как причину развития заболевания?

Этиопатогенез:

Предрасполагающие факторы в развитии илео-цекальной инвагинации: недостаточность баугиниевой заслонки, несоответствие диаметров подвздошной кишки и её «ампулы», низкое прикрепление «ампулы» к слепой кишке с наличием тупого илео-цекального угла, высокая подвижность илео-цекального угла.

Разрешающие факторы: вследствие изменения режима питания, воспалительных заболеваний кишечника происходит дискоординация перистальтики кишечника и внедрение вышерасположенного отдела кишки в нижерасположенный.

Предполагаемая причина заболевания у данного больного - вследствие изменения режима питания (приёма впервые в пищу банана) произошла дискоординация перистальтики кишечника, что и послужило причиной развития типично подвздошно-ободочной инвагинации.

3. Какова классификация данного заболевания?

Классификация инвагинации:

А) По течению:

- острая,
- рецидивирующая,
- хроническая;

Б) По локализации:

- тонко-тонкокишечная,
- илео-цекальная (простая инвагинация, двойная, слепо-ободочная),
- тонко-толстокишечная.

В) Редкие формы:

- множественная инвагинация,
- ретроградная инвагинация,
- изолированная инвагинация червеобразного отростка.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?

Дифференциальная диагностика:

- острая дизентерия,
- кровоточащая пептическая язва дивертикула Меккеля,
- гемангиоматоз кишечника,
- синдром Пейтца-Егерса,
- выпадение прямой кишки.

5. У конкретного больного с учётом возраста (8мес), формы заболевания (повздошно-ободочная инвагинация), небольшой давности заболевания (6 часов) показана: консервативная терапия - пневмоколонокомпрессия под контролем УЗИ и обзорной рентгенографии.

План ведения больного:

а. Наблюдение за состоянием больного в стационаре в течение 1-2 суток.

б) Дополнительное обследование: Rg-ское контрастное исследование с барием (контроль за продвижением контраста по кишечнику).

Рекомендации при выписке:

-рациональный режим питания с правильным введением прикормов в соответствии с рекомендуемыми сроками.

Эталон ответа. Задача №27

1. Сформулируйте клинический диагноз с указанием предполагаемых формы и стадии болезни и проведите обоснование диагноза.

Диагноз: Разлитой гнойный перитонит (вероятней всего - аппендикулярный), терминальная фаза.

Данный диагноз можно поставить на основании: анамнеза заболевания и жалоб (на боли в животе, многократную рвоту, повышение температуры тела, разжиженный стул), оценки общего состояния (тяжелого состояния вследствие интоксикационного синдрома и водно-электролитных нарушений), результатов локального статуса (вздутия живота, отсутствия участия брюшной стенки в акте дыхания, мышечного напряжения при пальпации, положительных симптомов раздражения брюшины), данных ректального пальцевого исследования (нависания стенок прямой кишки, повышения местной температуры, болезненности при исследовании), изменений в ОАК (гиперлейкоцитоза, нейтрофильного сдвига влево, гипохромной анемии, увеличения СОЭ), нарушений Б/Х состава крови (гипокалиемии, гипонатриемии, гипохлоремии, гипопроteinемии, диспротеинемии), обзорной Rg-графии брюшной полости (раздутых петель кишечника, наличия чаш Клойбера, свободного газа в брюшной полости).

2. Назовите основные звенья патогенеза.

Основные звенья патогенеза: микробная агрессия, водно-электролитный дисбаланс, фагоцитоз, метаболические нарушения (ацидоз, интоксикационный синдром, алкалоз), нарушения в системе микроциркуляции, нарушение белкового обмена, гипоксия тканей, парез кишечника, дегидратация и гиповолемия, полиорганная недостаточность.

3. Представьте классификационную схему.

Классификация перитонита:

А) По путям проникновения инфекции в брюшную полость:
первичный:

- гематогенный,
- криптогенный,
- лимфогенный,
- пельвиоперитонит,
- контактный.

Б) По степени распространенности воспаления в брюшной полости:

- местный (1 топографическая область БП),
 - а) ограниченный (абсцесс),
 - б) неограниченный (1 анатомическая область),
- распространенный,
 - а) диффузный (2-4 области),
 - б) разлитой (более 4 областей т.е. более 50% БП).

В) По характеру экссудата:

- серозный,
- гнойно-фиброзный,
- гнойный,
- смешанные формы.

Г) По клиническому течению:

- реактивная фаза (до 1 суток),
- терминальная фаза (более 3 суток),
- токсическая фаза (1-3 суток).

Д) По виду возбудителя:

- колибациллярный,
- анаэробный,
- протейный ,
- стафилококковый,
- синегнойный,
- ассоциативный (смешанная флора).

4. Назовите основные этапы лечения. Каким должен быть объём оперативного пособия у данного больного? Составьте схему послеоперационного лечения.

Основные этапы лечения: предоперационная подготовка, оперативное вмешательство, адекватное ведение послеоперационного периода. Объём оперативного пособия: срединная лапаротомия, удаление источника перитонита, санация брюшной полости большим количеством дез. растворов, интубация кишечника, управляемая лапаростомия, дренирование брюшной полости.

Схема послеоперационного лечения: голод, холод на живот, ингаляция увлажнённого кислорода, массаж грудной клетки и конечностей, дыхательная гимнастика, обтирание кожи спиртом, горчичники на грудную клетку на ночь, антибактериальные препараты (минимум 2 препарата), инфузионная терапия, симптоматическая терапия, контроль за почасовым и суточным диурезом, контроль за ОАК, контроль за Б/Х анализом крови (К, Na, С1, общий белок и его фракции, мочевины, сахар, билирубин, трансаминазы), контроль за ОАМ, наблюдение дежурного врача.

5. Проведите расчёт инфузионной терапии и расчёт калия данному больному в ранние сроки послеоперационного периода (на первые двое суток) с учётом имеющихся конкретных условий.

Расчёт инфузионной терапии в послеоперационном периоде:

I. $V = \text{ФП} + \text{КПП}$ (физиологическая потребность + коррекция патологических потерь).

$\text{ФП} = 120 \text{ мл} \times 14 \text{ кг} = 1680 \text{ мл}$

КПП:

- на t: $10 \text{ мл} \times 14 = 140 \text{ мл}$

- на одышку: $15 \text{ мл} \times 14 = 210 \text{ мл}$

- на рвоту: $20 \text{ мл} \times 14 = 280 \text{ мл}$

на парез кишечника: $20 \text{ мл} \times 14 = 280 \text{ мл}$

ИТОГО: 910 мл

При проведении полного парентерального питания 20% от суточной потребности вычитают из общего объёма инфузионной программы. Таким образом общий суточный объём составляет: $1680 + 910 - 335 = 2255 \text{ мл}$.

Качественный состав инфузионных сред: соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов должно быть 1:2, то есть соответственно 750:1500 мл. Расчёт белка 2-3 гр. на кг массы тела, т.е. 28-42 гр. сухого вещества, или 280-420 мл 10% альбумина и плазмы. Следовательно, удельный вес белковых препаратов среди коллоидов составляет примерно 1/2 объёма. Соотношение глюкозы и солевых растворов 2:1.

Расчёт K⁺: $V(K^+) = \text{ФП}(K^+) + \text{КД}(K^+)$ (физиологическая потребность + коррекция дефицита калия).

$\text{ФП}(K^+) = 1,8 \times 14 \text{ кг} = 25,2 \text{ ммоль}$

$\text{ДК}^+ = (\text{Кн} - \text{Кб}) \times \text{Чм} \times \text{Чк}$ т.е. $\text{ДК}^+ = (4,5 - 2,8) \times 14 \times 0,3 = 714 \text{ ммоль}$

$V(K^+) = 25,2 + 7,14 = 32,34 = 33$, т.е. 33 мл 7,5% р-ра КС1.

Эталон ответа. Задача №28

1. Поставьте диагноз.

Полицитравма: закрытая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга, гематома левой височной области, перелом костей носа, перелом 6,7,8 ребер слева, перелом правой бедренной кости, травма почек, травма печени. Закрытый пневмоторакс слева. Носовое кровотечение. Внутривнутрибрюшное кровотечение, травматический шок III степени.

2. Каковы неотложные мероприятия на догоспитальном этапе и условия транспортировки?

Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе: обезболивающие препараты (новокаин в гематому бедра), иммобилизация правой нижней конечности 3 шинами Крамера, тампонада носового хода, инфузионная терапия (полиглюкин, ацесоль, дисоль - 300мл во время транспортировки), сердечно-сосудистые препараты, перевод закрытого пневмоторакса в открытый.

Условия транспортировки: на твердой поверхности в горизонтальном положении с интубацией трахеи и ИВЛ.

3. Методы обследования и оказания помощи в стационаре.

Тактика в стационаре: продолжать противошоковые мероприятия, лапароцентез для подтверждения внутривнутрибрюшного кровотечения, срочная операция - лапаротомия: остановка кровотечения из паренхиматозных органов брюшной полости, ревизия почек, фиксация перелома правого бедра методом наложения скелетного вытяжения, интенсивная терапия, межреберная блокада. Обследование: анализ крови на группу, Rh-фактор, эхоэнцефалография, рентгенография и КТ черепа, грудной клетки, правого бедра.

4. Укажите степени тяжести шока по Баирову, кровопотери по Альговеру и методику восполнения ОЦК. Какой ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данного пациента?

Выделяют 4 степени тяжести шока по Баирову (I степень - легкая, II - степень - средней тяжести, III степень - тяжелая, IV степень - терминальная), тяжесть шока определяют по шкале Глазго, Гранту, Альговеру (шоковый индекс) - отношение частоты пульса к систолическому давлению ($140:70=2,0$, при этом индексе шока потеря крови составляет 35-50% ОЦК). При острой кровопотери более 30% ОЦК количество свежезамороженной плазмы должно составлять не более 25-30% объема трансфузионных сред, не менее 800-1000 мл. В первые часы инфузию проводят в 2 вены со скоростью 30-40 мл/кг/час. Соотношение коллоидов и кристаллоидов 1:1. Суточный объем инфузионной терапии должен превышать объем кровопотери в 3 раза. Применяются солевые растворы и коллоиды, гемотрансфузии. Ведущим синдромом, определяющим тяжесть ребенка, является болевой синдром и геморрагический шок вследствие множественных повреждений: разрыв паренхиматозных органов, черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга), перелом бедра, ребер, пневмоторакс слева.

5. Прогноз для жизни и здоровья ребенка?

Прогноз серьезный, т.к. политравма требует срочного оперативного вмешательства, восполнения ОЦК, переливания крови, плазмы, интенсивной терапии.

Эталон ответа. Задача №29

1. Поставьте диагноз с указанием варианта заболевания.

Диагноз: Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа, осложненная синдромом «асфиктического ущемления».

2. Этиопатогенез заболевания.

Порок формируется на 4 неделе беременности, когда образуется закладка перегородки между грудной и абдоминальной части целомиической полости зародыша. Эмбриональные или ложные грыжи, образуются в результате прекращения развития задней части диафрагмы в период до 2 мес. внутриутробной жизни. Грыжи плода возникают вследствие нарушения процессов формирования диафрагмы (истинные). Релаксация диафрагмы, как правило, является результатом акушерского паралича диафрагмального нерва.

3. Интерпретируйте представленные исследования.

Клинические проявления заболевания, установленные при осмотре, перкуссии, аускультации грудной клетки, в сочетании с рентгенологической картиной (обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей) соответствует врожденной левосторонней диафрагмальной грыже. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью, гемодинамическими нарушениями вследствие развития синдрома внутригрудного напряжения («асфиктического ущемления»).

4. Укажите алгоритм дифференциально-диагностического ряда.

Необходимо дифференцировать с врожденными пороками сердца и родовой травмой головного мозга, при которых ДН, цианоз и тяжесть состояния дают повод заподозрить «асфиктическое ущемление». Однако, отсутствуют характерные клинические и рентгенологические данные со стороны органов грудной клетки. Приступы цианоза, ДН также наблюдаются при острой лобарной эмфиземе и кисте(-ах) легкого. При острой эмфиземе на рентгенограмме нет «ячеистой» структуры легочного поля. Киста легкого - имеется контур диафрагмы, обычное расположение желудка и кишечных петель. В легком - кистозное образование(-я) с четким тонкостенным линейным контуром.

5. Составьте план лечения, в чем заключаются принципы оперативного лечения?

А. Неотложные мероприятия (вертикальное положение, ингаляция кислорода, интубация трахеи и ИВЛ).

Б. Срочная транспортировка в клинику детской хирургии бригадой РКЦ.

В. В клинике детской хирургии - срочная операция.

Операция: низведение органов в брюшную полость, ушивание грыжевых ворот при ложных диафрагмальных грыжах и пластика диафрагмы - при истинных.

Эталон ответа. Задача №30

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.

Диагноз: Болезнь Гиршпрунга.

На основании жалоб больного: отсутствие стула в течение 7 дней, многократная рвота, увеличение живота в объеме; данных анамнеза заболевания: запоры с 6-месячного возраста до 4-5 дней, парадоксальные поносы, метеоризм, стул только после очистительных и масляных клизм, неэффективность консервативной терапии: соблюдение диеты, слабительные средства, очистительные клизмы; данных анамнеза жизни: ребенок от 3 беременности, 2 родов,

протекавшей с гестозом во второй половине, у старшего ребенка имеется патология толстой кишки; данных объективного осмотра: признаки хронической каловой интоксикации, увеличение живота, пальпируемые каловые камни.

2. Патогенез интоксикационного синдрома.

В основе интоксикационного синдрома - хроническая каловая интоксикация и кишечный дисбактериоз, приводящие к нарушению водно-электролитного баланса, гипопротейемии, гипотрофии, анемии.

3. Составьте план обследования и укажите, какие методы позволят уточнить тяжесть данной патологии?

Общеклиническое, рентгенологическое, УЗИ. Рентгенологическое исследование: ирригография. Ультразвуковая ирригография. Ректальная манометрия. Электромиография. Биопсия мышечного слоя, определение тканевой ацетилхолинэстеразы.

4. Неотложные мероприятия при поступлении ребенка в стационар. Сифонная клизма (удаление каловых камней), коррекция водно-электролитного баланса, коррекция анемии.

5. Укажите общие принципы лечения данного больного. Предоперационная подготовка, направленная на регулярное опорожнение кишечника, коррекцию анемии, водно-электролитного баланса, оперативное лечение в плановом порядке (брюшно-промежностная проктопластика).