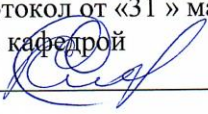


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa79172807415b7bf59f659e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГУП)

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «31» мая 2023г. №11
Зав. кафедрой
 Асташов В.Л.

ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по учебной дисциплине

Детская хирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2023

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	122

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ДПК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья,	Текущий контроль: устный опрос, реферат Промежуточный контроль: зачет	Шкала оценивания устного опроса, реферата

			повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека. Уметь планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности,	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач

			факторы, формирующие здоровье человека. Уметь планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности. Владеть статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.		
ДПК-2	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Уметь организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического	Текущий контроль: устный опрос, реферат Промежуточный контроль: зачет	Шкала оценивания устного опроса, реферата

			учреждения.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Уметь организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения. Владеть навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Пороговый уровень

Знать: теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека.

1. Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника.

3. Диагностика. Лечение. Прогноз.
4. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
5. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
6. Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
7. Врожденный вывих бедра.
8. Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
9. Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
10. История развития детской хирургии в дореволюционной России в период Октябрьской социалистической революции (больничный период, клинический период).

Продвинутый уровень

Уметь: планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.

- 1) Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
 - 2) Основные виды мегаколона по этиологии.
 - 3) Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
 - 4) Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
 - 5) Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
- Владеть:** статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.

- 1) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 2 лет. Жалобы на увеличения левой половины мошонки. В ходе беседы выявлено, что к вечеру размеры левой половины мошонки становятся больше, боли не беспокоят. Травм, операций не было. Простудных, вирусных заболеваний последние 6 месяцев не было. Ребёнок от I беременности. Течение беременности без особенностей. Роды I, срочные, масса тела ребёнка при рождении 3100 г, рост 51 см. Растёт и развивается соответственно возрасту. Аллергоанамнез спокоен. Общесоматический статус не страдает. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 106 в минуту. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Стул ежедневный, самостоятельный. Мочеиспускание регулярное. Местно: при осмотре асимметрия мошонки за счёт увеличения левой половины. При пальпации определяется опухолевидное образование, эластической консистенции с флюктуацией, контуры ровные, безболезненное, размером 4,0?3,5 см., не вправляющееся в брюшную полость. Яичко в мошонке, возрастных размеров, контуры яичка ровные. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с пахово-мошоночной грыжей.
3. Определите план диагностических мероприятий.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Определите необходимость санпросвет работы, направленной на раннюю диагностику и лечения данного заболевания.

Ответ:

1. Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка.
2. Для пахово-мошоночных грыж нехарактерно: постоянная асимметрия мошонки, варьирующая в течение суток, симптом флюктуации, отсутствие расширенного наружного пахового кольца, консистенция мягко-эластического характера, не вправляется в брюшную полость. Положительный симптом диафаноскопии. УЗИ органов мошонки показывает наличие необлитерированного вагинального отростка брюшины, наличие жидкости, яичко не имеет патологических изменений.
3. Диагностика базируется на основании клинического осмотра, по показаниям выполняется УЗИ органов мошонки.
4. Учитывая возраст ребенка, показано оперативное лечение – перевязка влагалищного отростка брюшины (операция Росса). После двухлетнего возраста вероятность реабсорбции водяночной жидкости крайне мала, в то же время роль негативного воздействия на паренхиму, рост и развитие яичка возрастает.
5. Проведение регулярных профилактических осмотров детей врачом-педиатром участковым и врачом-детским хирургом на первом году жизни. Показание к операции — дети старше двух лет.

- 2) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения.

Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании

жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).

3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведении яичка в мошонку.

4. Ребенок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением **сонографического** мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.

5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

3) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и **гиперемия** левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и **гиперемия** левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.
3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.
4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.

5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

- 4) Мать вызвала на дом врача-педиатра участкового к девочке 5 месяцев, жалуется на выраженное беспокойство ребёнка. Приступы беспокойства начались внезапно 6 часов назад. Приступ беспокойства длится 5-7 минут, затем ребёнок успокаивается. Температура не повышалась. Рвоты не было. Стула не было, газы не отходят. Родилась от беременности, протекавшей с гестозом. В период новорождённости перенесла энтероколит. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, бледный. Язык сухой. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс — 120 ударов в минуту, доволнительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правом подреберье определяется образование цилиндрической формы, умеренно подвижное и резко болезненное при пальпации. В правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется. На памперсе — из прямой кишки выделяется слизь тёмно-малинового цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника.
2. Диагноз «инвагинация кишечника» установлен на основании жалоб (боль в животе приступообразного характера (приступы беспокойства), сменяющиеся периодами спокойного поведения ребенка (светлыми промежутками)); данных анамнеза (заболела остро, отсутствие температуры, стула и газов); данных объективного осмотра (наличие в правом подреберье образования цилиндрической формы, болезненного при пальпации, в правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется, из прямой кишки выделилась слизь темно-малинового цвета).
3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана пневмоирригоскопия, дезинвагинация воздухом.
4. Проведение пневмоирригоскопии, дезинвагинации.
5. После выписки из стационара ребенок соблюдает диету по возрасту без введения новых продуктов, обследование на дисбактериоз кишечника.
- 5) На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в животе, повышение температуры и рвоту у мальчика 12 лет. Боли в животе постоянного характера возникли рано утром и локализовались сначала в эпигастральной области. К моменту обращения боль переместилась в правую подвздошную область. Мать давала таблетку Но-шпы. Боль в животе сохранялась. Отмечалась однократная рвота съеденной пищей. Температура тела — 37,6°C. Ребёнок от I нормально протекавшей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела — 3100 г, длина — 52 см. [БЦЖ](#) в роддоме. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. В контакте с tbc не был. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс — 110 ударов в минуту,

удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре умеренно вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Там же определяются напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Врач-педиатр участковый направил в лабораторию поликлиники, выполнен общий анализ крови: RBC — $3,5 \cdot 10^{12}/л$, HGB — 120 г/л, WBC — $12,6 \cdot 10^9/л$, EOS — 4%, NEU — 76%, LYM — 18%, MON — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. **Острый аппендицит.**
2. Диагноз «острый аппендицит» установлен на основании жалоб: боль в животе постоянного характера, температура, рвота; данных анамнеза (заболел остро, наличие симптома Кохера (боль переместилась из эпигастрия в правую подвздошную область)), отсутствия положительной динамики на прием спазмолитической терапии; симптома локальной болезненности напряжения мышц передней брюшной стенки и симптома раздражения брюшины в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез.
3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана операция аппендэктомия в неотложном порядке.
4. В послеоперационном периоде: антибактериальная терапия 5 дней (**цефалоспорины** 2-3 поколения), обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), соблюдает диету (исключая сырые овощи и фрукты, жирное жаренное), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Пороговый уровень

Знать: содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

1. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология.
2. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.
3. Пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, халазия кардии.
4. Врожденные диафрагмальные грыжи. Врожденно-короткий пищевод. Сроки и принципы оперативного лечения.
5. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования – бронхография, ангиография, их техника.

6. Бактериальная деструкция легких. Осложненные формы, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью – абсцессы легкого, пиоторакс, пневоторакс, пиопневмоторакс.
7. Пороки развития брюшной стенки и пупка. Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона.
8. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения.
9. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика.
10. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника.

Продвинутый уровень

Уметь: организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения.

1. Заболевания прямой кишки. Кровотечения, полипоз, полипы, трещины, аллергический колит. Выпадение прямой кишки.
2. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Диф. диагностика.
3. Эхинококк печени. Клиника и диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.
4. Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста.
5. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Современные классификации перитонита – по путям возникновения, течению, локализации (первичные и вторичные, местные, диффузные, разлитые и т.д.). Принципы лечения.

Владеть: навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.

- 1) Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого, окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Стеноз 12-ти п.к-ки возникает также, как атрезия, за исключением того, что препятствие в виде перепонки не сплошное, а перфорированное. Чаще локализуется около большого сосочка 12-ти п. к-ки. **Клиника.** См задачу. **Диагностика.** 1) осмотр; 2) рентген (на обзорном снимке 2-а ур-ня жидкости в верхнем этаже брюшной полости и резко сниженное газонаполнение кишечника в нижних отделах живота). При рентгеноконтрастном исследовании – широкие ур-ни взвеси в

желудке и 12-ти п.к-ке и скудное поступление контраста в петли тощей кишки, расположенные анатомически правильно, в левой эпигастральной обл-ти. **Лечение** – оперативное: дуоденотомия с иссечением мембраны.

- 2) Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен мекониальный стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Нв - 220г/л, Нt - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз со значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение хронической почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений. К этой группе заб-ний относятся пороки развития, травматические повреждения, гнойно-септические заб-я, опухоли. В верхнем этаже брюшной полости м.б.: опухоли, исходящие из печени (солитарная киста печени, киста общего желчного протока, доброкачественная или злокачественная опухоль, подкапсульная гематома печени); абсцесс пупочной вены. В среднем этаже брюшной полости – чаще энтерокистомы. В нижнем этаже: солитарная или тератоидная (осложненная или неосложненная) киста яичника, гидрокольпос или гематометра при атрезии влагалища и девственной плевы, нейрогенный мочевой пузырь, киста урахуса. **Диагностика.** 1) Антенатальное исследование плода; 2) после рождения – комплексное исследование: клиника, лаб. иссл-я, УЗИ, радиоизотопное исследование, цистография, ангиография, КТ. Если подтверждается диагноз гидронефроз со значительным нарушением почек – можно прибегнуть к предварительной деривации мочи с помощью нефростомии; при улучшении почечных ф-ций – выполнение реконструктивной операции.

- 3) 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, выросли явления токсикоза и экзикоза. 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, Нb-145 г/л, Ht- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики.

ОТВЕТ: Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция. Некротический энтероколит (НЭК) – развивается в результате: 1) тяжелой неонатальной гипоксии и асфиксии; 2) осложнений инфузионной терапии и ЗПК; 3) декомпенсации тяжелого врожденного порока сердца; 4) декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга; 5) нерационального применения а/б. **Патогенез.** Вследствие тяжелых микроциркуляторных нарушений в стенке ЖКТ происходит централизация кровообращения со спазмом мезентериальных сосудов => парез кишечника с кровоизлияниями. **Клиника.** 1 стадия (продромальная) – неврологические расстройства, нарушение дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, со стороны ЖКТ – симптомы дискинезии – вялое прерывистое сосание, срыгивания молоком, м.б. желчью, аэрофагия, вздутие живота, быстрая потеря массы тела. На рентгене – повышенное равномерное газонаполнение всех отделов ЖКТ с незначительным утолщением стенок кишок. 2 стадия (клинических проявлений) – на 5-9 сутки состояние ухудшается, нарастают симптомы динамической КН. На рентгене – повышенное неравномерное газонаполнение ЖКТ, зоны затемнения, соответствующей области максимального поражения кишечника. Появляется субмукозный кистозный пневматоз кишечной стенки, в тяжелых случаях выявляют газ в портальной системе печени. 3 стадия (предперфорации) – выражен парез кишечника, продолжительность стадии не более 12-24 часов, состояние очень тяжелое, выражены симптомы токсикоза и эксикоза, рвота желчью и каловыми массами. На рентгене – нарастает затемнение брюшной полости, наружные контуры кишечных петель теряют четкость очертаний. 4 стадия (перфорации) – симптомы перитонеального шока и паралича кишечника. Перитонит при перфорации отличается: значительной площадью поражения кишечника; выраженностью спаянно-воспалительного процесса в брюшной полости; умеренностью пневмоперитонеума. Наиболее тяжелая форма НЭК – геморрагический инфаркт кишечника. **Лечение:** в 1 ст. – консервативное, посиндромное (снизить объем энтерального кормления, инфузионная терапия и т.д.); во 2 и 3 ст.: а) декомпрессия ЖКТ, при 2 ст. – пауза 6-12 ч, при 3 ст. – исключить прием жидкости через рот на 12-24 ч постоянной асирации содержимого через зонд; б) инфузионная терапия направлена на регидратацию, восстановление микроциркуляции, ликвидацию нарушения гомеостаза и КОС; в) а/б (полимиксин-М по 10 мг/кг/сут в 3 приема или амикацин по 20 мг/кг/сут в 3 приема в комбинации с фузидиновой кислотой по 60 мг/кг/сут или рифампицином 10 мг/кг/сут в 3 приема; г) стимулирующая и симптоматическая терапия (переливание гипериммунной плазмы, введение иммуноглобулина, витаминов). При 3 и 4 ст. – оперативное лечение – выключение пораженного отдела кишечника путем наложения колостомы на здоровый вышележащий отдел. После выздоровления – реконструктивная операция через 1-2 мес.

- 4) Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко

вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - “печеночная тупость” не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, рН-7,21, рСО₂-40, ВЕ- -13, Нб- 185г/л, Нт-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения. Этиология

ОТВЕТ: Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Перитонит у новорожденных – грозное осложнение различных патологических состояний. **Этиология:** перфорация стенки ЖКТ (84%) вследствие таких заб-ний, как некротический энтероколит, острый аппендицит, бактериальное инфицирование брюшины контактным, гематогенным, лимфогенным путями при сепсисе. **Классификация:** **1) по этиологии:** а) *перфоративный* – некротический энтероколит, пороки развития ЖКТ, острый аппендицит, деструктивный холецистит и холангит, ятрогенные перфорации полых органов; б) *неперфоративный* – гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины; контактное инфицирование брюшины; **2) по времени возникновения:** а) пренатальный; б) постнатальный; **3) по степени распространения в брюшной полости:** а) разлитой; б) ограниченный; **4) по хар-ру выпота в брюшной полости:** а) фиброадгезивный; б) фибринозно-гнойный; в) фибринозно-гнойный, каловый. **Диагностика:** 1) клиническая картина; 2) осмотр; 3) обзорная рентгенограмма – под куполом диафрагмы выявл-ся значительный пневмоперитонеум. **Лечение:** хирургическое (после пункции бр. полости и снижения внутрибрюшного давления в течение 2-3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку для ликвидации симптомов централизации кровообращения). Производят верхнее-поперечную лапаротомию, кишечную петлю с участком перфорации подшивают к бр. стенке в виде кишечного свища --> брюшную полость промывают антисептиками --> дренаж.

- 5) Вас вызвали к ребенку 14 дней жизни. С рождения у ребенка скудный меконияльный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо, только после клизмы через газоотводную трубку. Трижды была рвота с желчью. Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный стул. Потерял в весе 200 г.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения. Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана ирригография с водорастворимым контрастным веществом, биопсия слизистой оболочки с исследованием холинэстеразы. Лечение оперативное. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1) анатомические формы:** а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2) клинические стадии:** а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального

нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде обтурационной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов оболочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** 1) Анамнез, 2) клиника, 3) объективное обследование; 4) рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наблюдают задержку опорожнения к-ки (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). 5) Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). 6) ректальная биопсия стенки толстой к-ки. 7) ректальная манометрия. 8) ректальная электромиография прямой к-ки. 9) гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ки (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и то же время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

11. Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника.
13. Диагностика. Лечение. Прогноз.
14. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
15. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
16. Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
17. Врожденный вывих бедра.
18. Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
19. Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
20. История развития детской хирургии в дореволюционной России в период Октябрьской социалистической революции (больничный период, клинический период).

21. Анатомо-физиологические особенности растущего организма. Наклонность к генерализованным и гиперергическим реакциям, своеобразие течения обменных процессов и др.
22. Исследование детей с хирургическими заболеваниями. Методы исследования. Дополнительные методы исследования – осмотр во сне, исследование с релаксантами.
23. Значение профилактических осмотров детей для выявления хирургических заболеваний – паховой грыжи, водянки оболочек яичка, крипторхизма, варикоцеле и др.
24. Возрастные сроки оперативной коррекции пороков развития у детей.
25. Особенности организации хирургической помощи новорожденным и грудным детям с пороками развития, гнойными заболеваниями, родовыми повреждениями. Транспортировка. Организация палат, отделений.
26. Особенности онкологии детского возраста. Организация онкологической помощи детям.
27. Особенности реанимации и интенсивной терапии у детей. Особенности анестезиологического пособия у детей.
28. Анафилактический шок. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
29. Принципы лечения острых отравлений у детей.
30. Основные принципы предоперационной подготовки при экстренных и плановых вмешательствах.
31. Переливание компонентов крови и кровезаменителей в детском возрасте. Показания, пути введения. Осложнения, их клиника, диагностика, лечение. Профилактика осложнений и СПИДа.
32. Местная анестезия в детской хирургии. Футлярная и проводниковая анестезия.
33. Деонтология в детской хирургии. Врач-больной ребенок - родители. Повреждения, онкологические больные, тяжелые пороки развития, реанимационные больные. Взаимоотношения с персоналом. Врачебная этика.
34. Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей – сниженная способность к образованию антител, преобладание общей реакции организма над местными проявлениями, склонность к генерализации процесса.
35. Особенности течения инфекции, вызываемой грам-отрицательной и грамположительной микрофлорой, угнетение ретикулоэндотелиальной системы, склонность к интоксикации, сенсибилизации и аутоенсибилизации; склонность к септикопиемии; резистентность к антибиотикам.
36. Хирургический сепсис. Классификация Чикагской Согласительной конференции (1991г.). Принципы лечения гнойной инфекции.
37. Важность определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Значение пассивной и активной иммунизации и стимуляции организма.
38. Флегмона новорожденных. Особенности течения – преобладание некротического процесса над воспалительным, быстрота распространения. Наиболее частая локализация.
39. Мастит новорожденных. Клинические проявления. Осложнения. Хирургическое лечение. Последствия запущенных случаев мастита.
40. Гнойный лимфаденит. Наиболее частая локализация. Особенности течения – склонность к возникновению аденофлегмоны у детей раннего возраста.
41. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология.
42. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.
43. Пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, халазия кардии.

44. Врожденные диафрагмальные грыжи. Врожденно-короткий пищевод. Сроки и принципы оперативного лечения.
45. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования – бронхография, ангиография, их техника.
46. Бактериальная деструкция легких. Осложненные формы, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью – абсцессы легкого, пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс.
47. Пороки развития брюшной стенки и пупка. Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона.
48. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения.
49. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика.
50. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

6. Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
7. Основные виды мегаколона по этиологии.
8. Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
9. Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
10. Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
11. Блефариты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
12. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Врачебная тактика, показания к консервативному лечению. Особенности оперативной техники при ущемленной паховой грыже.
13. Водянка яичка и семенного канатика. Возрастная частота заболевания. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Киста семенного канатика – быстровозникающая, островозникающая. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
15. Аномалии развития желточного протока – врожденные свищи пупка, Меккелев дивертикул. Клиника, диагностика. Осложнения – дивертикулит, кровотечение, эвагинация, кишечная непроходимость.
16. Врожденный пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль фиброгастроскопии. Рентгенодиагностика. Принципы операции пилоротомии.
17. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология. Патогенез. Наиболее частые формы – атрезия, внутренний стеноз, аномалии кишечного вращения (синдром Ледда, заворот средней кишки, внутренние грыжи), энтерокисты, кольцевидная поджелудочная железа.
18. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных и грудных детей. Диагностика. Рентгенодиагностика.
19. Мегадолихоколон. Клиника и диагностика. Рентгенодиагностика. Особенности ухода за больным. Показания к оперативному лечению.
20. Аномалии развития аноректальной области. Свищевые и несвищевые формы. Клинические проявления. Диагностика.

21. Атрезия желчных путей. Формы атрезии – внепеченочные и внутрипеченочные. Клинические проявления. Методы диагностики – клинические, лабораторные.
22. Инвагинация. Этиология. Патогенез. Виды инвагинаций. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика.
23. Странгуляционный илеус. Роль врожденных аномалий – Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки.
24. Обтурационная непроходимость. Копростаз – роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия). Клиника, диагностика.
25. Динамическая непроходимость. Причины динамической непроходимости. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика динамического и механического илеуса.
26. Заболевания прямой кишки. Кровотечения, полипоз, полипы, трещины, аллергический колит. Выпадение прямой кишки.
27. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Диф. диагностика.
28. Эхинококк печени. Клиника и диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.
29. Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста.
30. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Современные классификации перитонита – по путям возникновения, течению, локализации (первичные и вторичные, местные, диффузные, разлитые и т.д.). Принципы лечения.
31. Особенности клинической картины и общие принципы лечения закрытой травмы брюшной стенки и органов брюшной полости – диафрагмы, печени, селезенки, поджелудочной железы, желудка, кишечника, брыжейки и сальника.
32. Кровотечения из верхнего отдела ЖКТ. Кровотечение из среднего отдела ЖКТ. Методы диагностики. Принципы лечения.
33. Спаечная кишечная непроходимость у детей. Классификация, клиника, диагностика. Врачебная тактика. Методы лечения.
34. Частота аномалий развития мочеполовой системы. Аномалии почек.
35. Аномалии лоханок и мочеточников. Врожденный гидронефроз. Причины возникновения, клинические проявления, диагностика. Значение современных методов исследования в диагностике гидронефроза.
36. Удвоение лоханок и мочеточников, уретероцеле, эктопия мочеточника, мегауретер. Диагностика и хирургическое лечение.
37. Аномалии мочевого пузыря – дивертикул мочевого пузыря, обструкция шейки мочевого пузыря, врожденная атония мочевого пузыря. Экстрофия мочевого пузыря, диагностика и способы хирургического лечения.
38. Аномалии мочеиспускательного канала. Эписпадия, гипоспадия.
39. Аномалии развития и опускания яичка. Классификация, клиника и диагностика крипторхизма. Показания к гормональному и хирургическому лечению. Сроки и способы хирургического лечения.
40. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Сроки хирургического лечения. Принцип оперативного вмешательства.
41. Гемангиомы. Формы гемангиом. Клиника, диагностика, особенности развития гемангиом. Осложнения.
42. Лимфангиомы. Формы лимфангиом. Клиника. Диагностика. локализация лимфангиом. Особенности роста. Осложнения. Показания к экстренному оперативному вмешательству.

43. Пороки развития периферических сосудов. Этиология, патогенез. Роль ангиографического исследования – аортография, артериография, венография, лимфография.
44. Пороки развития глубоких вен. Артериовенозные свищи и аневризмы. Пороки развития лимфатических сосудов. Врожденная слоновость.
45. Пигментные пятна. Их формы, особенности течения у детей. Волосистый, бородавчатый, папилломатозный невус.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Знать: теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека.

Уметь: планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.

Владеть: статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.

- 1) Деонтология в детской хирургии. Врач - больной, ребенок - родители. Взаимоотношения с персоналом, врачебная этика.
- 2) Флегмона новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагноз, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
- 3) Косолапость. Классификация. Диагностика. Лечение.
- 4) Метаэпифизарный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клиника, диагностика. Особенности хирургического лечения.
- 5) Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клинические формы острого остеомиелита. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
- 6) Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- 7) Аппендикулярный инфильтрат у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 8) Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет. Дифференциальная диагностика.
- 9) Перитонит у детей. Причины развития перитонита. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.
- 10) Атрезия пищевода. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика врача родильного дома. Принципы хирургического лечения.

ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Знать: содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Уметь: организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения.

Владеть: навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.

Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.

- 1) Современные методы обследования в детской урологии.
- 2) Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика. Лечение.
- 3) Врожденный гидронефроз. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Хирургическое лечение.
- 4) Крипторхизм. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 5) Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
- 6) Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
- 7) Переломы ключицы у детей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
- 8) Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности диагностики у новорожденных и грудных детей. Значение ранней диагностики. Принципы лечения.
- 9) Переломы костей таза у детей. Механизм травмы. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения.
- 10) Врожденная кривошея. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Деонтология в детской хирургии. Врач - больной, ребенок - родители. Взаимоотношения с персоналом, врачебная этика.
2. Флегмона новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагноз, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
3. Косолапость. Классификация. Диагностика. Лечение.
4. Метаэпифизарный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клиника, диагностика. Особенности хирургического лечения.
5. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клинические формы острого остеомиелита. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
6. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Аппендикулярный инфильтрат у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет. Дифференциальная диагностика.

9. Перитонит у детей. Причины развития перитонита. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.
10. Атрезия пищевода. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика врача родильного дома. Принципы хирургического лечения.
11. Врожденная высокая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения.
12. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
13. Пороки развития аноректальной области у детей. Классификация. Принципы хирургического лечения.
14. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
15. Врожденный пилоростеноз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения.
16. Грыжи пупочного канатика. Классификация. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж. Методы лечения.
17. Пупочная грыжа. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Ущемленные паховые грыжи у детей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача. Лечение.
19. Водянка яичка и семенного канатика. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Гипоспадия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
21. Современные методы обследования в детской урологии.
22. Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика. Лечение.
23. Врожденный гидронефроз. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Хирургическое лечение.
24. Крипторхизм. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
26. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
27. Переломы ключицы у детей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
28. Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности диагностики у новорожденных и грудных детей. Значение ранней диагностики. Принципы лечения.
29. Переломы костей таза у детей. Механизм травмы. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения.
30. Врожденная кривошея. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.
31. Сколиоз. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.
32. Остеохондропатии. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
33. Термические ожоги у детей. Классификация. Фазы ожоговой болезни. Основные принципы лечения ожоговой болезни в зависимости от фазы.
34. Химические ожоги пищевода. Химические вещества, вызывающие ожоги, механизм их действия. Классификация. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Принципы лечения.

35. Рубцовые стенозы пищевода после химических ожогов. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
36. Инородные тела дыхательных путей. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Способы лечения.
37. Врожденные диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика. Лечение.
38. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Специальные методы исследования. Лечение.
39. Переломы костей предплечья у детей. Механизм травмы. Особенности переломов костей предплечья. Диагностика. Лечение.
40. Переломы бедра у детей. Механизм травмы. Смещение отломков в зависимости от уровня перелома. Диагностика. Лечение.
41. Особенности переломов костей у детей. Поднадкостничные переломы. Диагностика. Лечение.
42. Гемангиомы. Клиника, диагностика. Современные методы лечения гемангиом у детей.
43. Омфалиты у новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические формы. Лечение.
44. Лимфангиомы у детей. Формы лимфангиом. Клиника, диагностика. Сроки и методы лечения. Осложнения.
45. Нейрогенные опухоли средостения у детей. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
46. Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
47. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
48. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
49. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
50. Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
51. Врожденный вывих бедра.
52. Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
53. Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
60. Симптомы и степени кривошеи у детей 1-6 месяцев. Диагностика. Последствия синдрома кривой шеи.
61. Переломы длинных трубчатых костей у детей.
62. Типичные повреждения детского возраста: диафизарные переломы у новорожденных. поднадкостничный перелом, перелом по типу ивового прута, эпифизеолиз, подвывих головки лучевой кости, патологические переломы.
63. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Методы оперативных вмешательств.
64. Методы пластики диафрагмы при релаксации.
65. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача 1.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 2 лет. Жалобы на увеличения левой половины мошонки. В ходе беседы выявлено, что к вечеру размеры левой половины мошонки становятся больше, боли не беспокоят. Травм, операций не было. Простудных, вирусных заболеваний последние 6 месяцев не было. Ребёнок от I беременности. Течение беременности без особенностей. Роды I, срочные, масса тела

ребёнка при рождении 3100 г, рост 51 см. Растёт и развивается соответственно возрасту. Аллергоанамнез спокоен. Общесоматический статус не страдает. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, **ЧСС** — 106 в минуту. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Стул ежедневный, самостоятельный. Мочеиспускание регулярное. Местно: при осмотре асимметрия мошонки за счёт увеличения левой половины. При пальпации определяется опухолевидное образование, эластической консистенции с флюктуацией, контуры ровные, безболезненное, размером 4,0?3,5 см., не вправляющееся в брюшную полость. Яичко в мошонке, возрастных размеров, контуры яичка ровные. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с пахово-мошоночной грыжей.
3. Определите план диагностических мероприятий.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Определите необходимость санпросвет работы, направленной на раннюю диагностику и лечения данного заболевания.

Ответ:

1. Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка.
2. Для пахово-мошоночных грыж нехарактерно: постоянная асимметрия мошонки, варьирующая в течение суток, симптом флюктуации, отсутствие расширенного наружного пахового кольца, консистенция мягко-эластического характера, не вправляется в брюшную полость. Положительный симптом диафаноскопии. УЗИ органов мошонки показывает наличие необлитерированного вагинального отростка брюшины, наличие жидкости, яичко не имеет патологических изменений.
3. Диагностика базируется на основании клинического осмотра, по показаниям выполняется УЗИ органов мошонки.
4. Учитывая возраст ребенка, показано оперативное лечение – перевязка влагалищного отростка брюшины (операция Росса). После двухлетнего возраста вероятность реабсорбции водяночной жидкости крайне мала, в то же время роль негативного воздействия на паренхиму, рост и развитие яичка возрастает.
5. Проведение регулярных профилактических осмотров детей врачом-педиатром участковым и врачом-детским хирургом на первом году жизни. Показание к операции — дети старше двух лет.

Задача 2.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке,

эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).
3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведению яичка в мошонку.
4. Ребенок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением **сонографического** мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.
5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

Задача 3.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и **гиперемия** левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и [гиперемия](#) левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.
3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.
4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Задача 4.

Мать вызвала на дом врача-педиатра участкового к девочке 5 месяцев, жалуется на выраженное беспокойство ребёнка. Приступы беспокойства начались внезапно 6 часов назад. Приступ беспокойства длится 5-7 минут, затем ребёнок успокаивается. Температура не повышалась. Рвоты не было. Стула не было, газы не отходят. Родилась от беременности, протекавшей с гестозом. В период новорождённости перенесла энтероколит. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, бледный. Язык сухой. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс — 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правом подреберье определяется образование цилиндрической формы, умеренно подвижное и резко болезненное при пальпации. В правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется. На памперсе — из прямой кишки выделяется слизь тёмно-малинового цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника.
2. Диагноз «инвагинация кишечника» установлен на основании жалоб (боль в животе приступообразного характера (приступы беспокойства), сменяющиеся периодами спокойного поведения ребенка (светлыми промежутками)); данных анамнеза (заболела остро, отсутствие температуры, стула и газов); данных объективного осмотра (наличие в правом подреберье образования цилиндрической формы, болезненного при пальпации, в правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется, из прямой кишки выделилась слизь темно-малинового цвета).

3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана пневмоирригоскопия, дезинвагинация воздухом.
4. Проведение пневмоирригоскопии, дезинвагинации.
5. После выписки из стационара ребенок соблюдает диету по возрасту без введения новых продуктов, обследование на дисбактериоз кишечника.

Задача 5:

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в животе, повышение температуры и рвоту у мальчика 12 лет. Боли в животе постоянного характера возникли рано утром и локализовались сначала в эпигастральной области. К моменту обращения боль переместилась в правую подвздошную область. Мать давала таблетку Но-шпы. Боль в животе сохранялась. Отмечалась однократная рвота съеденной пищей. Температура тела – 37,6°C. Ребёнок от I нормально протекавшей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. В контакте с tbc не был. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре умеренно вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Там же определяются напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Врач-педиатр участковый направил в лабораторию поликлиники, выполнен общий анализ крови: RBC — 3,5*10¹²/л, HGB — 120 г/л, WBC — 12,6*10⁹/л, EOS — 4%, NEU — 76%, LYM — 18%, MON — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. **Острый аппендицит.**
2. Диагноз «острый аппендицит» установлен на основании жалоб: боль в животе постоянного характера, температура, рвота; данных анамнеза (заболел остро, наличие симптома Кохера (боль переместилась из эпигастрия в правую подвздошную область)), отсутствия положительной динамики на прием спазмолитической терапии; симптома локальной болезненности напряжения мышц передней брюшной стенки и симптома раздражения брюшины в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез.
3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана операция аппендэктомия в неотложном порядке.
4. В послеоперационном периоде: антибактериальная терапия 5 дней (**цефалоспорины** 2-3 поколения), обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), соблюдает диету (исключая сырые овощи и фрукты, жирное

жаренное), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Задача 6.

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперёд у мальчика 13 лет. При расспросе удалось установить, что накануне мальчик упал на спину, катаясь с горки. Отмечался кратковременный эпизод апноэ. Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, в лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 78 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравerteбральных зон этого уровня определяется резкая болезненность. Болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какой дополнительный метод исследования необходим?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор?
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII. Необходима рентгенография грудного отдела позвоночника, на которой можно диагностировать клиновидную деформацию тел грудных позвонков Th IV — V — VI — VII.
2. Диагноз «компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII, II степени компрессии» установлен на основании факта травмы (упал на спину, катаясь с горки, был кратковременный эпизод апноэ), жалоб на боль в спине, усиливающуюся при наклонах туловища вперед, болезненны также наклоны туловища в стороны и вперед); данных объективного обследования (при пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравerteбральных зон этого уровня определяется резкая болезненность); рентгенологической картины (клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV-VII).
3. Срочная госпитализация в травматологическое отделение. Обезболивание, функциональное лечение путем вытяжения на кольцах Дельбе.
4. Вытяжение на кольцах Дельбе 3 недели, поэтапная лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, физиопроцедуры, массаж. Через 1,5 месяца разрешается более активный образ жизни, исключая сидение.
5. В течение 6 месяцев ребенок может стоять и лежать, продолжать лечебную гимнастику, профилактическое ношение корсета — 6 месяцев. Рентгенография через 6 месяцев: при отсутствии увеличения степени компрессии и при хорошо сформированном мышечном корсете возможно отменить ношение корсета. Прогноз — при несоблюдении рекомендаций, расширение объема движений — развитие раннего остеохондроза. При правильном лечении прогноз благоприятный.

Задача 7.

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребёнок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком. Ребёнок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребёнок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в лёгких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце

— тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бёдер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отёка, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Термический **ожог** кожи II степени, до 10% поверхности тела.
2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипятка). Отек, **гиперемия** кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для **ожога** II степени. Площадь **ожога** подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бёдер, голеней составит примерно 10% поверхности тела.
3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков.
4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.
5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

Задача 8.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с мальчиком В. 8 месяцев через 3 дня от начала заболевания. Со слов матери, у ребёнка отмечается беспокойство при акте дефекации, повышение температуры до **субфебрильных** цифр. Сегодня мать увидела гиперемию и припухлость рядом с анальным отверстием. У ребёнка поднялась температура до 38,2°C, отмечается задержка стула, беспокойство. Ребёнок родился от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении – 3250 г. Находится на смешанном вскармливании. Наблюдается у врача-педиатра участкового с неустойчивым стулом, склонностью к запорам. Инфекционных и вирусных заболеваний не было. Растёт и развивается соответственно возрасту. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Отмечалась аллергическая реакция в виде очаговой гиперемии, сухость кожи на щеках, ягодицах на определённые продукты (манная каша, картофель). Состояние удовлетворительное. Температура – 37,4°C. Кожа и слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система сформирована правильно. В лёгких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. В области заднепроходного отверстия на 7 часах условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации определяется болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острый гнойный парапроктит, подкожно-подслизистая форма. Необходимо выполнить общий анализ крови.
2. Диагноз «острый гнойный парапроктит» устанавливают на основании жалоб: беспокойство при акте дефекации, задержка стула, повышение температуры до 38,2°C, гиперемия около анального отверстия; объективного обследования: в области ануса на 7 часах условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.
3. Срочно направить на госпитализацию в хирургическое отделение. Лечение острого парапроктита — оперативное. Операция заключается во вскрытии гнойника с иссечением (рассечением) свища и несущей свищ крипты.
4. В послеоперационном периоде назначают УВЧ-терапию, антибиотикотерапию, подмывание слабо-розовым раствором марганцево-кислого калия, противовоспалительными травами. Осложнения — при позднем обращении флегмоны таза, септические осложнения. При нерадикальном иссечении внутреннего отверстия — рецидивы, переход в хроническую форму.
5. После выписки ребенка из стационара — режим дня и [вскармливание](#) по возрасту. Осмотр врачом-детским хирургом поликлиники с целью своевременной диагностики хронического парапроктита.

Задача 9.

Мальчик Ч. 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен врачом-педиатром участковым, назначено лечение по поводу [ОРВИ](#), сопутствующая патология — ушиб бедра. В течение последующих суток отмечаются подъёмы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилились боли в левом бедре. Ребёнок не встает на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения. Родился доношенным, от I беременности, срочных родов с массой 3500 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита. К концу 2 суток от начала заболевания вновь вызван врач-педиатр участковый. При осмотре ребёнка выявлено: состояние тяжёлое, вялый, негативен на осмотр, температура — 39,1°C. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. При аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание редкое, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована наружу. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряженный отёк, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок; ограниченные и болезненные движения в коленном суставе. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и какие признаки помогут вам в обосновании диагноза?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости, септико-пиемическая форма. Двусторонняя септическая пневмония. Необходимо выполнить: сравнительную рентгенографию бедренных костей для исключения перелома и изменений в структуре кости; рентгенографию грудной клетки с целью подтверждения наличия признаков пневмонии: в проекции обоих легких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободные, смещения органов средостения нет; общий анализ крови: лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг.
2. Диагноз «острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости» установлен на основании жалоб: боль в нижней трети левого бедра, гипертермия, нарушение функции (не встаёт на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения). Провоцирующим фактором явился ушиб бедра при падении с велосипеда, но на рентгенограмме линии перелома, изменений структуры кости нет. Септико-пиемическую форму течения острого гематогенного остеомиелита обосновывают клинико-рентгенологической картиной двусторонней септической пневмонии: цианоз носогубного треугольника; при аускультации в легких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья; на рентгенограмме грудной клетки в проекции обоих легких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободны, смещения органов средостения нет. В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, что указывает на гнойно-воспалительный процесс.
3. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения. При нарастании признаков дыхательной недостаточности — в реанимационное отделение. Лечение ОГО комплексное: дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза; антибактериальная терапия направлена (подавление типичного для ОГО микроорганизма *St. Aureus*); санация и дренирование гнойного очага — остеоперфорации (2-3 отверстия) с последующим промыванием костномозгового канала антисептиками и введение антибиотиков; ежедневные перевязки, исключить опору на больную конечность.
4. Антибактериальная терапия до нормализации показателей общего анализа крови. Перевязки с растворами антисептиков. Ходьба на костылях без опоры на больную конечность. Физиотерапевтические процедуры с противовоспалительной целью для улучшения микроциркуляции. Рентгенография левого бедра, костей, образующих левый коленный сустав на 21 день заболевания.
5. После выписки из стационара ребенок 1 месяц соблюдает домашний режим, ходит на костылях, освобождается от занятий физической культуры (показана лечебная физкультура), контроль общего анализа крови. Контрольная рентгенография через 1 месяц, далее по показаниям в соответствии с клинико-рентгенологической картиной.

Задача 10.

Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в

минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, **ЧСС** – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая **пневмония**, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный **ателектаз** левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия. При обследовании получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, **эритроциты** – $5,8 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \cdot 10^9/л$, **лейкоциты** – $28 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, pH – 7,14. Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Ответ:

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжелой дыхательной недостаточности III степени.
3. Внелегочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врожденные пороки сердца, **родовая травма** ЦНС, **асфиксия**. Легочные причины неинфекционной природы: ВПР — агенезия, аплазия легкого, кистозная **гипоплазия**, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Легочные причины инфекционной природы — пневмонии.
4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение **АД**.
5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

Задача 11:

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Жалобы на боли в животе, затруднение дыхания, слабость, головокружение. Анамнез заболевания: 2 часа назад упал с велосипеда, ударился животом о мостовую. Сознание не терял, самостоятельно поднялся и дошёл до близлежащего дома. Была однократная рвота. В лежачем положении боли усиливаются и наблюдается затруднение в дыхании. При

осмотре: состояние тяжёлое. Положение вынужденное. Мальчик стремится принять полусидячее положение. Кожные покровы бледные, в левом подреберье определяется ссадина. Язык сухой, чистый. Пульс -140 в минуту, ритмичный, ослабленного наполнения. АД — 80/50 мм рт. ст. Грудная клетка нормальной формы. Границы сердца и лёгких в пределах возрастной нормы. Тоны сердца чистые, приглушены, лёгкий систолический шум на верхушке. Дыхание с обеих сторон везикулярное. Живот обычной формы, участвует в дыхании. Мальчик сопротивляется осмотру, активно напрягает живот. При пальпации передней брюшной стенки определяется разлитая болезненность, больше в левом подреберье. Пассивного мышечного напряжения не определяется, симптомы раздражения брюшины не выражены. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край её ровный, селезёнку пальпировать не удаётся. Перкуторно в левом фланке живота определяется притупление звука. Кишечные шумы выслушиваются слабо. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами. Анализ крови: **эритроциты** — $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 80г/л, **лейкоциты** — $3,5 \cdot 10^9/л$, тромбоциты — $150 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 17 мм/ч. Время свёртывания — 3 минуты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования больного.
4. Назовите этиопатогенез данного заболевания.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Закрытая травма органов брюшной полости. Геморрагический шок второй степени.
2. Диагноз установлен на основании жалоб на боли в животе, слабость, головокружение, наличие травмы. Мальчик стремится принять полусидячее положение. Кожные покровы бледные, в левом подреберье определяется ссадина. Тахикардия, артериальная гипотензия. Перкуторно в левом фланке живота определяется притупление звука. В анализе крови анемия, тромбоцитопения.
3. Дополнительное обследование включает обзорную рентгенографию брюшной полости для исключения **перфорации** полого органа. УЗИ брюшной полости, на котором, можно определить наличие жидкости во фланках. Методом выбора служит диагностическая лапароскопия.
4. Закрытая травма органов брюшной полости составляет 3% всех повреждений у детей, возникает при сильном ударе в живот при падении, ДТП, сдавлении. Надо различать повреждение паренхиматозных органов брюшной полости (печени и селезенки) с возникновением внутрибрюшного кровотечения и перфорацию полого органа (желудок, кишка) с осложнением в виде **перитонита**. Соответственно клинические симптомы различаются.
5. При установленном диагнозе «закрытое повреждение органов брюшной полости» лечение оперативное. Операция заключается либо в срединной лапаротомии с ревизией органов брюшной полости, либо в лапароскопии.

Задача 12.

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Жалобы на постоянные сверлящие боли в правой голени, повышение температуры тела. При движении ногой боли усиливаются. Мальчик не может пользоваться конечностью. Анамнез заболевания: 3 дня назад ребёнок, катаясь со снежной горки, упал и подвернул правую ногу. Почувствовал боль в области правой лодыжки, которая стихла и не беспокоила, продолжал гулять. Ночь провёл спокойно, боли не беспокоили. К вечеру следующего дня ребёнок стал отмечать болезненность в голени при нагрузке, повысилась температура тела до $37,8^{\circ}C$. Ночь спал беспокойно. Утром не может встать на ногу, температура тела $38,9^{\circ}C$. Анамнез жизни: ребёнок от первой физиологически

протекавшей беременности, закончившейся нормальными родами. Масса тела при рождении — 3600 г, длина — 52 см. В развитии от сверстников не отставал. Перенёс **корь** и ветряную оспу. Осмотр: состояние ребёнка средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс — 110 в минуту. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормальной формы, границы сердца и лёгких в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, определяется незначительный систолический шум на верхушке. В лёгких дыхание везикулярное с обеих сторон. Живот участвует в дыхании, мягкий и безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не пальпируются. Локальный статус: в нижней трети правой голени определяется отёчность и резкая болезненность в области внутренней лодыжки. При перкуссии большеберцовой кости и осевой нагрузке на голень боли усиливаются. Анализ крови: **эритроциты** — $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 138 г/л, **лейкоциты** — $16,2 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 5%, сегментоядерные нейтрофилы — 78%, лимфоциты — 13%, моноциты — 4%, СОЭ — 21 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования больного.
4. Назовите этиопатогенез данного заболевания.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости. Местная форма. Гнойный артрит правого голеностопного сустава.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на постоянные сверлящие боли в правой голени, повышение температуры тела. При движении ногой боли усиливаются. Мальчик не может пользоваться конечностью. В нижней трети правой голени определяется отечность и резкая болезненность в области внутренней лодыжки. При перкуссии большеберцовой кости и осевой нагрузке на голень боли усиливаются. В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево.
3. Рекомендовано проведение рентгенографии правой голени с захватом голеностопа в двух проекциях для исключения травматического повреждения. Измерить кожную температуру на больной и контрлатеральной конечности для получения разности температур, также измерить окружность голени для подтверждения отека. Перкуссия по кости. Биохимия крови с определением С — реактивного белка, калия, натрия, кислотно-щелочного состава.
4. Заболевание начинается с заноса кровью в костный мозг микроорганизмов, при бактериемии. Как правило микробный тромб заносится в метафизарный отдел трубчатой кости. В последующем развивается гнойно-некротический процесс. Учитывая то, что гнойный процесс развивается в замкнутом пространстве, повышается внутрикостное давление, которое вызывает сильную пульсирующую боль.
5. Радикальное лечение заключается в полной и своевременной санации гнойного очага, антибактериальной терапии, иммуномодулирующего лечения. Санация очага достигается ранним оперативным вмешательством — остеоперфорация, наносят 2-3 отверстия по длиннику кости, сразу назначают **антибиотики** широкого спектра действия. Инфузионная терапия в полном объёме. При наличии гнойного артрита показано пункционное лечение сустава.

Задача 13.

В травматологическую поликлинику обратились родители девочки 14 лет – ученицы рядом расположенной школы. На уроке физкультуры упала и ударилась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке. При осмотре: старается прижать повреждённую руку к туловищу. В средней трети правого плеча

припухлость, деформация, при пальпации резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков, патологическая подвижность в месте травмы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план неотложных мероприятий.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Диагноз «закрытый перелом правого плеча в средней трети».
2. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и жалоб: травма правого плеча и возникшая сильная боль; объективного исследования: вынужденное положение конечности, деформация, локальная болезненность, крепитация и патологическая подвижность в месте травмы. Необходимо оценить пульсацию на периферических артериях для определения нарушений кровотока.
3. Точный диагноз может быть поставлен только после выполнения Ro-графии в двух проекциях и оценки нарушений периферического кровоснабжения и нервной проводимости.
4. Необходимо оценить состояние с целью выявления нарушений гемодинамики (ранняя диагностика травматического шока); осуществить обезболивание введением одного из препаратов: Трамал, Баралгин, Максиган, Спазган (профилактика болевого шока); осуществить транспортную иммобилизацию с целью создания покоя поврежденной конечности, профилактики смещения костных отломков и дополнительной травматизации тканей; приложить холод к месту повреждения (уменьшение боли и кровотечения); вызвать скорую помощь для госпитализации в отделение неотложной травматологии; наблюдать за пациенткой до прибытия скорой помощи.
5. При поперечном переломе без смещения отломков достаточно обезболивания по Белеру 1% Новокаин в дозе 1,0 мл на год жизни в место перелома. Гипсовая лангета с захватом двух суставов. При переломе со смещением по длине и ширине — скелетное вытяжение.

Задача № 14

В поликлинику доставлен мальчик 1 месяца с жалобами на вялость, слабость, бледность, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе самостоятельного стула нет с рождения, только после клизм. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ребенка ухудшилось, отказывается от еды. Живот увеличился в размерах.

*Ваш предварительный диагноз, программа обследования и тактика лечения.
Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.*

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана госпитализация. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений, сифонная клизма. После очищения кишечника проводится ирригография с водорастворимым контрастным веществом, УЗИ толстой и прямой кишки, биопсия слизистой. Лечение хирургическое. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1)** анатомические формы: а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2)** клинические стадии: а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в)

декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде обтурационной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов ободочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** 1) Анамнез, 2) клиника, 3) объективное обследование; 4) рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наблюдают задержку опорожнения к-ки (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). 5) Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). 6) ректальная биопсия стенки толстой к-ки. 7) ректальная манометрия. 8) ректальная электромиография прямой к-ки. 9) гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ки (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и тоже время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

Задача № 15

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3000г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зеленый цвет), в последующие дни стула не было. С увеличением объема кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, мраморные. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160

в мин. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл молока без примесей. Ампула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки - 2460, рН - 7,51, рСО₂ - 34, 6, ВЕ - + 4,5, Нb - 180 г/л, Нt - 75%, Na плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л.

Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Атрезия двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений в качестве предоперационной подготовки. Самый частый тип атрезии мембранозный. **Клиника.** Проявляется симптомами высокой полной хронической обтурационной КН. + *См условие задачи.* **Диагностика.** Обзорная рентгенография брюшной полости в 2-х проекциях – выявляется 2-а Ур-ня жидкости в желудке и 12-ти п.к-ке. **Лечение.** Оперативное – экстренная хирургическая после предоперационной подготовки. Выполняют дуоденотомию и иссечение мембраны. В послеоперационном периоде сначала назначают сбалансированное парентеральное питание, затем переходят на дробное кормление. **Диспансерный учет** в течение 6-12 мес. Коррекция биоценоза киш-ка и устранение обменных нарушений, применение ферментных пр-тов, поливитамины, сбалансированное питание.

Задача № 16

В отделении патологии новорожденных лечился ребенок 26 дней по-поводу омфолита и пиодермии. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Местное и общее лечение. Патогенез. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Общий анализ крови, СОЭ. На 10 сутки рентгенография правой плечевой кости. Остеомиелит – гнойно-некротическое поражение костного мозга с последующим вовлечением в процесс других анатомических стр-р кости. Процесс м.б. *первичным* (на фоне видимого благополучия; возбудитель - стафилококк), либо *вторичным* (на фоне текущего инфекционного процесса; возбудитель – Gr- флора: клебсиелла, кишечная, синегнойная палочка). **Патогенез.** Инфекция попадает в метафиз кости гематогенным путем => развивается воспалительный процесс => распространяется на ростковую зону и эпифиз, располагающиеся внутри сустава => клинические симптомы обусловлены развитием артрита. Большую роль в развитии данного заб-я играют АФО строения и кровоснабжения костей: развитая сеть кровеносных сосудов, автономность кровоснабжения эпифиза, метафиза и диафиза, большое количество мелких разветвлений сосудов, идущих радиарно через эпифизарный хрящ к ядру окостенения. **Клиника.** Различают 3-и основные формы: 1) *токсическая* (адинамическая) – протекает бурно с явлениями эндотоксического шока с потерей сознания, бредом, повышением температуры до 40-41 град.С, м.б. судороги, рвота, т.е. общие клинические симптомы преобладают, а выявить местные признаки удастся лишь спустя некоторое время – умеренный отек пораженной обл-ти, болевая контрактура прилежащего сустава, повышение местной t, м.б. усиление кожного венозного рисунка. 2) *септико-пиемическая* – протекает с септическими явлениями, повышением t до 39-40 град.С, явления интоксикации, бред, эйфория, но местные изменения можно выявить раньше, т.к. с первых дней заб-ния появлялся боль в пораженной конечности. 3) *местная* – преобладают

местные симптомы воспаления – на фоне благополучия возникает резкая боль в конечности, вынужденное положение конечности, стойкая контрактура сустава, повышение t до 39-40 град.С. **Диагностика.** 1) осмотр (резко выраженная локальная болезненность при пальпации, особенно при перкуссии над местом поражения); 2) определение внутрикостного давления (будет внутрикостная гипертензия); 3) радионуклеидное сканирование костей с последующей компьютерной обработкой данных; 4) ОАК (лейкоцитоз $30-40 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ до 60 мм/час); 5) рентген (уже на 8-10 день видны симптомы – утолщение мягких тканей на стороне поражения, расширение суставной щели, легкая периостальная р-ция; очаги деструкции можно выявить на 3 нед от начала заб-я; о степени разрушения эпифиза можно судить лишь после появления ядра окостенения, чаще всего поражаются дистальный и проксимальный концы бедренной кости, проксимальный конец плечевой и большеберцовой кости). При попадании инф-ции в синовиальную оболочку сустава возникает гнойный артрит (без вовлечения костей), тогда на рентгене увеличение суставной щели за счет выпота, раньше появляется и более выражена контрактура сустава. При пункции гнойный выпот в большей степени, чем при остеомиелите. **Лечение.** А/б направленного спектра д-я – оксациллин + нетилмецин, цефалоспорины + ванкомицин, рифампицин. Дезинтоксикационная терапия. Иммунотерапия – гипериммунная стафилококковая плазма, Ig человеческий нормальный, антистафилококковый гамма-глобулин. Иммобилизация с помощью вытяжения по Шеде (на нижние конечности) и повязки Дезо (на верхние конечности). Хирургические манипуляции в области ростковой зоны и гипсовые лангеты у новорожденных не применяются. При артрите – пункция с удалением выпота и последующем введении а/б. При локализации процесса в проксимальном эпифизе бедренной кости, после стихания острого процесса применяют повязки-распорки (для профилактики патологического вывиха бедра). **Диспансерный учет.** После выписки контрольные осмотры с рентгеном 1 раз в 2 мес. При подострой стадии – повтор иммуностимулирующего леч-я, УВЧ-терапия 15 сеансов, десенсебилизирующая терапия 14 дн., а/б 14 дн., анаболические гормоны 21 день, белковая диета, разрабатывание сустава. При хр. ст. эту терапию продолжают, а при необходимости – операция, госпитализация.

Задача № 17

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3600. Сразу после рождения в подчелюстной области и на шее обнаружено опухолевидное образование 6х5 см. тестоватой консистенции, неподвижное, безболезненное. Общее состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено.

Ваш диагноз, план обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ: Лимфангиома подчелюстной области. Показана рентгенография грудной клетки. Оперативное лечение. Лимфангиома – доброкачественная опухоль, врожденная микроскопическая стр-ра которой напоминает тонкостенные кисты различных размеров, от узелков диаметром 0,2-0,3 см до крупных образований. Бывают: 1) простые (разрастание лимфатических сосудов); 2) кавернозные (наиболее частая; образована полостями из соединительнотканной губчатой основы, которая содержит гладкие мышечные волокна, эластический каркас и мелкие лимфатические сосуды, полость наполнена лимфой); 3) кистозная (м.б. из одной или множества кист). **Клиника.** *Простая* – выглядит как утолщение кожи, слегка бугристая, нерезко очерченная, поверхность м.б. влажная (лимфоррея); *кавернозная* - припухлость с нерезкими очертаниями, мягкой консистенцией, часто ощущается флюктуация, кожа м.б. спаяна с образованием, но не изменена, при надавливании опухоль может сжиматься, а потом

расправляется; *кистозная* – эластичное образование, покрытое растянутой кожей, отчетливая флюктуация, через истонченную кожу может просвечиваться синеватое образование. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр; 3) лимфография; 4) рентген в 2-х проекциях. **Лечение.** Хирургическое (иссечение лимфангиомы в пределах неизмененных тканей; если не удастся полностью – кавернозная лимфангиома – то оставшиеся участки прошивают шелковыми или капроновыми нитями или применяют электрокоагуляцию). Реже применяют отсасывание опухоли по средством пункции (у новорожденных).

Задача № 18

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен. Возраст 1 сутки. рН - 7,32, рСО₂ - 36, ВЕ - -4, Нб 220 г/л, Нт - 65%.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ: Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показано УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, Эхо-кардиография. Оперативное лечение после предоперационной подготовки. *Атрезия ануса м.б.:* 1) низкими (когда слепой конец кишки асполагается на глубине до 2 см от кожи); 2) средними и 3) высокими – когда слепой конец расположен на большей глубине. **Диагностика:** 1) инвертограмма по Вангенстину (для определения высоты атрезии) – на обл-ть проекции заднепроходного отверстия наклеивают рентгеноконтрастный предмет, после чего выполняют обзорный снимок в боковой проекции в положении реб-ка вниз головой. По расстоянию между газовым пузырем в атрезированной кишке и меткой на промежности судят о высоте атрезии. 2) УЗИ промежности; 3) электромиография; 4) УЗИ почек, сердца, проверка проходимости пищевода, желудка, т.к. м.б. сочетанные пороки. **Лечение.** Необюходима значительная мобилизация кишки, которую выполняют брюшно-сакропромежностным способом в 2 этапа: 1) в левой подвздошной области накладывают противоестественный задний проход по Микулич-Радецкому на сигмовидную кишку максимально близко в зоне атрезии; 2) в возрасте от 2 мес до 1 года выполняют 2-ой этап операции. После операции реабилитация – начиная с 10-14 дня профилактическое бужирование бужами Гегара, постепенно увеличивая их размеры в течение 2-2,5 мес. Сначала бужируют в стационаре, а потом родители дома сами под еженедельным диспансерном контроле. Также необходима медико-генетическая консультация.

Задача № 19

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел. Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхосудистого рисунка. На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством

хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого. Показана рентгенография в двух проекциях. Бронхоскопия. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача № 20

На 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. 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 3200г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -8, сегментоядерные -28, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ 6.

Ваш предварительный диагноз. План обследования, дифференциальный диагноз. Тактика лечения. Этиология.

ОТВЕТ: Некротическая флегмона пояснично-крестцовой области, пиодермия, омфалит, дисбактериоз кишечника. Локализованная инфекция с токсикозом. Общий анализ крови и мочи, посевы. Оперативное лечение флегмоны. Флегмона – особая форма гнойного поражения кожи и подкожной клетчатки, хар-ся быстрым распространением процесса. Развитию флегмоны способствуют АФО кожи и подкожно-жировой клетчатки новорожденных: 1) легкая ранимость эпидермиса; 2) слабое развитие базальной мембраны; 3) большое кол-во межклеточной жидкости; 4) богатая сосудистая сеть; 5) недоразвитие соединительнотканых перемычек в жировой клетчатке. **Этиология.** Возбудитель – стафилококк, далее может присоединиться Gг- или смешанная флора. Типичная локализация – крестцово-копчиковая, лопаточная обл-ти, передняя и боковая пов-ти гр. клетки. **Клиника.** Реб-к становится вялым, беспокойным, повышается t до 39-40 град.С, на уч-ке повреждения сначала пятно красного цвета, через несколько часов увеличивается, кожа сначала багрового цвета, затем появл-ся цианотичный оттенок + уплотнение, отек мягких тканей. **Дифф. диагностика.** 1) Рожистое воспаление; 2) адипонекроз (не имеет общих и местных симптомов клинически и лабораторно, типичны бугристая инфильтрация мягких тканей и пятнистая гиперемия зоны поражения). **Лечение.** 1) а/б (в зав-ти от тяжести) – в/м оксациллин 200000 ЕД/кг/сут, в тяжелых состояниях в сочетании с амидогликозидами (нитилмицин 6-8 мг/кг/сут 1 р/сут в/в); 2) местное лечение – нанесение множественных разрезов в зоне поражения и по границе со здоровыми уч-ками (уменьшает отек в пограничной зоне, отграничивает распространение процесса). После операции операция через 6-8 часов. Если очаг распространяется дальше, опять насечки => влажная повязка с антисептиком (1% р-р хлорофилипта, томицида). Если развился некроз – некрэктомия. 3) Физиотерапия, лазеротерапия, УЗ-обработка ран, общая стимулирующая терапия.

Задача № 21

На 5 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка, выражен токсикоз, температура 38,8. Ребенок вял, кожные покровы мраморные с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна. Ребенок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка на момент осмотра 2800. Общий анализ крови: лейкоцитоз 16300, палочкоядерные -32, сегментоядерные - 51, эозинофилы -0, лимфоциты - 11, моноциты -6, СОЭ - 6.

Ваш предварительный диагноз. План обследования, лечение. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Рожистое воспаление. Локализованная инфекция с токсикозом. Местное лечение: УФО, повязки с томицидом, левомиколем. Цефалоспорины парентерально с учетом чувствительности штамма стрептококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Рожа – острый прогрессирующий серозно-воспалительный процесс кожи или слизистой оболочки. Вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А. Входные ворота – поврежденные кожные покровы. **Клиника.** См условие задачи. **Дифф.диагностика:** флегмона (при роже входные ворота – мацерированные поврежденные уч-ки кожи, чаще заб-е начинается с обл-ти вокруг пупка или половых органов и заднего прохода). **Лечение.** А/б (бензилпенициллин, амоксициллин, макролиды, цефалоспорины II поколения, например, цефуроксин) + местная физиотерапия (УВЧ, УФО).

Задача № 22

При осмотре 4-дневного ребенка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6х7 см. Кожа в этой области цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не повышена, пальпация без-болезненна. В течение 4-х часов наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребенок родился с массой 4200 от 1 беременности и затяжных родов. Общий анализ крови: лейкоцитоз -9700, палочкоядерные -15, сегментоядерные - 38, эозинофилы - 3, лимфоциты - 32, моноциты - 12, СОЭ - 5.

Поставить предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз, определить тактику лечения.

ОТВЕТ: Асептический некроз подкожно жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений. Адипонекроз возникает в рез-те сдавления мягких тканей в родовых путях при патологическом течении родов. Не имеет общих и местных симптомов клинически и лабораторно, типичны бугристая инфильтрация мягких тканей и пятнистая гиперемия зоны поражения.

Задача № 23

Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров по Персианинову и масочной вентиляции легких в течение 5 минут. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - корочечный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не

выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика врача родильного дома.

ОТВЕТ: Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс. Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.

Задача № 24

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенности. Находился на естественном вскармливании. Прибавил за месяц 700г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота “фонтаном”. Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяца 10 дней, потеря веса за неделю 400г. Состояние тяжелое, вял, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота “фонтаном” с примесью старой крови. Со стороны сердца и легких без особенности. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде “песочных часов”. Вес ребенка 3700, рН-7,56, рСО₂, -38, ВЕ + 12, Hb - 112 г/л, Ht - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования на различных этапах (поликлиника, стационар). Тактика лечения. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Пилоростеноз. Показано: КЩС, УЗИ пилорического отдела желудка или фиброэзофагогастроскопия или рентгенологическое исследование желудка с контрастным веществом. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Пилоростеноз – в основе заб-я лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка. **Генетические аспекты:** в пилорическом отделе при заболевании отсутствует нейтральная форма синтетазы окиси азота. **Клиника.** Симптомы появля-ся с конца второй, начала третьей недели жизни реб-ка, отмечают рвоту фонтаном, возникающую между кормлениями, рвотные массы застойного хар-ра и превышают объем предыдущего кормления + реб-к худеет, обезвоживается, симптомы дегидратации и декомпенсированного метаболического алкалоза. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр; 3) пальпация (иногда удается определить гипертрофированный привратник; 4) лаб. исследования (метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипохлоремия, снижение ОЦК, гемоглобина, гематокрита. 5) УЗИ (пилорический канал сомкнут, не раскрывается, не пропускает содержимое в 12-ти п.к-ку, циркулярный мышечный жом резко утолщен. 6) ФЭГС – расширенный складчатый антральный отдел жел-ка, просвет пилорического канала резко сужен до величины булавочной головки, не раскрывается при раздувании воздухом (в отличие от пилороспазма). 7) Рентген (обращают внимание на размеры жел-ка, ур-нь жидкости натошак, газонаполнение кишечных петель); рентгеноконтрастное иссл-ние – время начала первичной эвакуации бариевой взвеси. На рентгенограмме в боковой проекции виден суженный пилорический канал («симптом клюва»). Все рентгенограммы выполняются в вертикальном положении реб-ка. **Дифф. диагностика:** пилороспазм; псевдопилоростеноз (в рвотных массах примесь желчи, гиперкалиемия, эндоскопически привратник проходим); желудочно-пищеводный рефлюкс (начало с рождения, рвота и регургитация в горизонтальном положении); стеноз 12-ти п.к-ки (начало с рождения, на рентгене два ур-ня жидкости). **Лечение** - оперативное. Сначала

предоперационная подготовка – коррекция гиповолемии, алкалоза, гипокалиемии. Выполняют внеслизистую пилоромиотомию по Фреде-Рамштеду. Через 3-6 часов реб-ка начинают поить 5% р-ром глюкозы, затем молоком по 5-10 мл каждые 2 часа, постепенно увеличивая объем + инфузионная терапия, вспомогательное парентеральное питание.

Задача № 25

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см.

Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения. Этиология.

ОТВЕТ: Врожденная доленая эмфизема верхней доли левого легкого. Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких. Оперативное лечение. Врожденная доленая эмфизема (врожденная локализованная эмфизема, обструктивная эмфизема, гипертрофическая эмфизема) – хар-ся растяжением (эмфиземой) части легкого (чаще одной доли). **Этиология** – не выяснена. Некоторые авторы считают: 1) аплазия хрящевых элементов бронхов; 2) гипоплазия эластичных волокон и гладких м-ц терминальных и респираторных бронхиол. Вследствие этих причин => предпосылки для возникновения клапанного мех-ма => чрезмерное вздутие соответствующей части легкого, развитие дыхательных нарушений. **Клиника.** 1) Декомпенсированная форма (с рождения); 2) субкомпенсированная; 3) компенсированная форма. Клиника зависит от выраженности дыхательной и сердечной нед-ти. Дыхательная нед-ть возникает из-за выключения из дыхательной ф-ции большого объема легочной ткани и колабирования нормально сформированных отделов, а также шунтирование крови в колабированной части легкого. Вследствие повышения внутригрудного давления и смещения средостения развивается сердечно-сосудистая нед-ть. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр, перкуссия, аускультация; 3) рентген (повышение прозрачности легочной ткани вплоть до полного исчезновения легочного рисунка, смещение средостения, иногда с «медиастинальной грыжей», поджатие здоровых отделов легкого в виде треугольной тени ателектаза – этот признак важен в дифф. диагностике с пневмотораксом. 4) КТ; 5) радиоизотопное исследование легких. **Лечение** - оперативное: удаление порочно развитой доли.

Задача № 26

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого, окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Стеноз 12-ти п.к-ки возникает также, как атрезия, за исключением того, что препятствие в виде перепонки не сплошное, а перфорированное. Чаще локализуется около большого сосочка 12-ти п. к-ки. **Клиника.** См задачу. **Диагностика.** 1) осмотр; 2) рентген (на обзорном снимке 2-а ур-ня жидкости в верхнем этаже брюшной полости и резко сниженное газонаполнение кишечника в нижних отделах живота). При рентгеноконтрастном исследовании – широкие ур-ни взвеси в желудке и 12-ти п.к-ке и скудное поступление контраста в петли тощей кишки, расположенные анатомически правильно, в левой эпигастральной обл-ти. **Лечение** – оперативное: дуоденотомия с иссечением мембраны.

Задача № 27

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен меконияльный стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Нb - 220г/л, Нt - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз со значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение хронической почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений. К этой группе заб-ний относятся пороки развития, травматические повреждения, гнойно-септические заб-я, опухоли. В верхнем этаже брюшной полости м.б.: опухоли, исходящие из печени (солитарная киста печени, киста общего желчного протока, доброкачественная или злокачественная опухоль, подкапсульная гематома печени); абсцесс пупочной вены. В среднем этаже брюшной полости – чаще энтерокистомы. В нижнем этаже: солитарная или тератоидная (осложненная или неосложненная) киста яичника, гидрокольпос или гематометра при атрезии влагалища и девственной плевы, нейрогенный мочевой пузырь, киста урахуса. **Диагностика.** 1) Антенатальное исследование плода; 2) после рождения – комплексное исследование: клиника, лаб. исслед-я, УЗИ, радиоизотопное исследование, цистография, ангиография, КТ. Если подтверждается диагноз гидронефроз со значительным нарушением почек – можно прибегнуть к предварительной деривации мочи с помощью нефростомии; при улучшении почечных ф-ций – выполнение реконструктивной операции.

Задача № 28

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, выросли 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, pH- 7,21, pCO₂ 2 - 38, BE - 12, Hb-145 г/л, Ht- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики.

ОТВЕТ: Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция. Некротический энтероколит (НЭК) – развивается в рез-те: 1) тяжелой неонатальной гипоксии и асфиксии; 2) осложнений инфузионной терапии и ЗПК; 3) декомпенсации тяжелого врожденного порока сердца; 4) декомпенсированной форме б-ни Гиршпрунга; 5) нерационального применения а/б. **Патогенез.** Вследствие тяжелых микроциркуляторных нарушений в стенке ЖКТ происходит централизация кровообращения со спазмом мезентериальных сосудов => парез кишечника с кровоизлияниями. **Клиника.** *1 стадия (продромальная)* – неврологические растр-ва, нарушение дых-я и сердечно-сосудистой деят-ти, со стороны ЖКТ – симптомы дискинезии – вялое прерывистое сосание, срыгивания молоком, м.б. желчью, аэрофагия, вздутие живота, быстрая потеря массы тела. На рентгене – повышенное равномерное газонаполнение всех отделов ЖКТ с незначительным утолщением стенок кишок. *2 стадия (клинических проявлений)* – на 5-9 сутки состояние ухудшается, нарастают симптомы динамической КН. На рентгене – повышенное неравномерное газонаполнение ЖКТ, зоны затемнения, соответствующей области максимального поражения киш-ка. Появл-ся субмукозный кистозный пневматоз кишечной стенки, в тяжелых случаях выявляют газ в портальной системе печени. *3 стадия (предперфорации)* – выражен парез киш-ка, продолжительность стадии не более 12-24 часов, состояние очень тяжелое, выражены симптомы токсикоза и эксикоза, рвота желчью и каловыми массами. На рентгене – нарастает затемнение брюшной полости, наружные контуры кишечных петель теряют четкость очертаний. *4 стадия (перфорации)* – симптомы перитонеального шока и паралича киш-ка. Перитонит при перфорации отличается: значительной площадью поражения киш-ка; выраженностью спаячно-воспалительного процесса в брюшной полости; умеренностью пневмоперитонеума. Наиболее тяжелая форма НЭК – геморрагический инфаркт киш-ка. **Лечение:** в 1 ст. – консервативное, посиндромное (снизить объем энтерального кормления, инфузионная терапия и т.д.); во 2 и 3 ст.: а) декомпрессия ЖКТ, при 2 ст. – пауза 6-12 ч, при 3 ст. – исключить прием жидкости через рот на 12-24 ч постоянной асирации содержимого через зонд; б) инфузионная терапия направлена на регидратацию, восстановление микроциркуляции, ликвидацию нарушения гомеостаза и КОС; в) а/б (полимиксин-М по 10 мг/кг/сут в 3 приема или амикацин по 20 мг/кг/сут в 3 приема в комбинации с фузидиновой к-той по 60 мг/кг/сут или рифампицином 10 мг/кг/сут в 3 приема; г) стимулирующая и симптоматическая терапия

(переливание гипериммунной плазмы, введение иммуноглобулина, витаминов). При 3 и 4 ст. – оперативное лечение – выключение пораженного отдела киш-ка путем наложения колостомы на здоровый вышележащий отдел. После выздоровления – реконструктивная операция через 1-2 мес.

Задача № 29

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - “печеночная тупость” не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, pH-7,21, pCO₂-40, BE- -13, Hb- 185г/л, Ht-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения. Этиология

ОТВЕТ: Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Перитонит у новорожденных – грозное осложнение различных патологических состояний. **Этиология:** перфорация стенки ЖКТ (84%) вследствие таких заб-ний, как некротический энтероколит, острый аппендицит, бактериальное инфицирование брюшины контактным, гематогенным, лимфогенным путями при сепсисе. **Классификация:** **1) по этиологии:** а) перфоративный – некротический энтероколит, пороки развития ЖКТ, острый аппендицит, деструктивный холецистит и холангит, ятрогенные перфорации полых органов; б) неперфоративный – гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины; контактное инфицирование брюшины; **2) по времени возникновения:** а) пренатальный; б) постнатальный; **3) по степени распространения в брюшной полости:** а) разлитой; б) ограниченный; **4) по характеру выпота в брюшной полости:** а) фиброадгезивный; б) фибринозно-гнойный; в) фибринозно-гнойный, каловый. **Диагностика:** 1) клиническая картина; 2) осмотр; 3) обзорная рентгенограмма – под куполом диафрагмы выявл-ся значительный пневмоперитонеум. **Лечение:** хирургическое (после пункции бр. полости и снижения внутрибрюшного давления в течение 2-3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку для ликвидации симптомов централизации кровообращения). Производят верхнюю-поперечную лапаротомию, кишечную петлю с участком перфорации подшивают к бр. стенке в виде кишечного свища --> брюшную полость промывают антисептиками --> дренаж.

Задача № 30

Вас вызвали к ребенку 14 дней жизни. С рождения у ребенка скудный меконийальный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо, только после клизмы через газоотводную трубку. Трижды была рвота с желчью. Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный стул. Потерял в весе 200 г.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения. Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана ирригография с водорастворимым контрастным веществом, биопсия слизистой оболочки с исследованием холинэстеразы. Лечение оперативное. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1)** анатомические формы: а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2)** клинические стадии: а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде обтурационной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов ободочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** **1)** Анамнез, **2)** клиника, **3)** объективное обследование; **4)** рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наблюдают задержку опорожнения к-ки (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). **5)** Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). **6)** ректальная биопсия стенки толстой к-ки. **7)** ректальная манометрия. **8)** ректальная электромиография прямой к-ки. **9)** гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ка (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и то же время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

Задача № 31

В возрасте 21 дня отмечено ухудшение в состоянии ребенка, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава. Вес ребенка 3600. Ан. крови: Лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -4, сегментоядерные -26, эозинофилы -0, лимфоциты -60, моноциты -8, СОЭ - 22.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечения. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показано наложение повязки типа Дезо, УВЧ. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности штамма стафилококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней рентгенография плечевой кости. Остеомиелит – гнойно-некротическое поражение костного мозга с последующим вовлечением в процесс других анатомических стр-р кости. Процесс м.б. *первичным* (на фоне видимого благополучия; возбудитель - стафилококк), либо *вторичным* (на фоне текущего инфекционного процесса; возбудитель – Gr- флора: клебсиелла, кишечная, синегнойная палочка). **Патогенез.** Инфекция попадает в метафиз кости гематогенным путем => развивается воспалительный процесс => распространяется на ростковую зону и эпифиз, располагающиеся внутри сустава => клинические симптомы обусловлены развитием артрита. Большую роль в развитии данного заб-я играют АФО строения и кровоснабжения костей: развитая сеть кровеносных сосудов, автономность кровоснабжения эпифиза, метафиза и диафиза, большое количество мелких разветвлений сосудов, идущих радиарно через эпифизарный хрящ к ядру окостенения. **Клиника.** Различают 3-и основные формы: 1) *токсическая* (адинамическая) – протекает бурно с явлениями эндотоксического шока с потерей сознания, бредом, повышением температуры до 40-41 град.С, м.б. судороги, рвота, т.е. общие клинические симптомы преобладают, а выявить местные признаки удастся лишь спустя некоторое время – умеренный отек пораженной обл-ти, болевая контрактура прилежащего сустава, повышение местной t, м.б. усиление кожного венозного рисунка. 2) *септико-пиемическая* – протекает с септическими явлениями, повышением t до 39-40 град.С, явления интоксикации, бред, эйфория, но местные изменения можно выявить раньше, т.к. с первых дней заб-ния появля-ся боль в пораженной конечности. 3) *местная* – преобладают местные симптомы воспаления – на фоне благополучия возникает резкая боль в конечности, вынужденное положение конечности, стойкая контрактура сустава, повышение t до 39-40 град.С. **Диагностика.** 1) осмотр (резко выраженная локальная болезненность при пальпации, особенно при перкуссии над местом поражения); 2) определение внутрикостного давления (будет внутрикостная гипертензия); 3) радионуклеидное сканирование костей с последующей компьютерной обработкой данных; 4) ОАК (лейкоцитоз $30-40 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ до 60 мм/час); 5) рентген (уже на 8-10 день видны симптомы – утолщение мягких тканей на стороне поражения, расширение суставной щели, легкая периостальная р-ция; очаги деструкции можно выявить на 3 нед от начала заб-я; о степени разрушения эпифиза можно судить лишь после появления ядра окостенения, чаще всего поражаются дистальный и проксимальный концы бедренной кости, проксимальный конец плечевой и большеберцовой кости). При попадании инф-ции в синовиальную оболочку сустава возникает гнойный артрит (без вовлечения костей), тогда на рентгене увеличение суставной щели за счет выпота, раньше появляется и более выражена контрактура сустава. При пункции гнойный выпот в большей степени, чем при остеомиелите. **Лечение.** А/б направленного спектра д-я – оксациллин + нетилмецин, цефалоспорины + ванкомицин, рифампицин. Дезинтоксикационная терапия. Иммуноterapia – гипериммунная стафилококковая плазма, Ig человеческий нормальный, антистафилококковый гамма-глобулин. Иммобилизация с помощью вытяжения по Шеде

(на нижние конечности) и повязки Дезо (на верхние конечности). Хирургические манипуляции в области ростковой зоны и гипсовые лангеты у новорожденных не применяются. При артрите – пункция с удалением выпота и последующем введении а/б. При локализации процесса в проксимальном эпифизе бедренной кости, после стихания острого процесса применяют повязки-распорки (для профилактики патологического вывиха бедра). **Диспансерный учет.** После выписки контрольные осмотры с рентгеном 1 раз в 2 мес. При подострой стадии – повтор иммуностимулирующего леч-я, УВЧ-терапия 15 сеансов, десенсебилизирующая терапия 14 дн., а/б 14 дн., анаболические гормоны 21 день, белковая диета, разрабатывание сустава. При хр. ст. эту терапию продолжают, а при необходимости – операция, госпитализация.

Задача № 32

Ребенок родился с массой 2600 от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 10-12 неделе. В родах многоводие. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения отмечается обильное выделение пенистой слюны. При осмотре через 12 часов после рождения состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой средне-ключичной линии. ЧСС – 152 в мин. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Атрезия пищевода, трахео-пищеводный свищ. Показана обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях с введением зонда в оральный конец пищевода. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Атрезия пищевода – тяжелый порок развития, при котором верхняя часть пищевода заканчивается слепом, а нижняя часть чаще всего сообщается с трахеей. **Диагностика:** 1) клиника; 2) катетеризация пищевода тонким уретральным катетером с закругленным концом (через катетер отсасывают слизь, а воздух, введенный в слепой конец пищевода с шумом выделяется из носоглотки – «+» симптом эленфата (слона)); 3) Rg (катетер введен – на Rg-грамме он отчетливо виден в слепом отрезке пищевода, наличие воздуха в жел-ке и к-ке указывает на свищ между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода. О длине диастаза между концами пищевода можно судить по боковой Rg-грамме). Если у реб-ка выявлены также пороки позвонков, атрезия ануса, пороки развития почек, сердца, то такое сочетание пороков обозначают аббревиатурой VACTER => необходимо обследовать. **Лечение:** раннее оперативное вмешательство. Сначала: 1) аспирировать содержимое носо- и ротоглотки каждые 15-20 мин; 2) оксигенотерапия; 3) полное исключение кормления через рот; 4) прямая ларингоскопия с катетеризацией трахеи и аспирацией содержимого из дыхательных путей; 5) бронхоскопия или интубация трахеи с тщательной аспирацией. При свищевой форме целесообразно начинать с торакотомии и разделения трахеопищеводного свища; если диастаз между концами пищевода не более 1,5-2 см, то накладывают прямой анастомоз, если превышает – накладывают шейную эзофагостомы и гастростому по Кадеру. После операции – кормление через зонд, на 6-7 сут исследуют состоятельность анастомоза (под Rg-ким контролем через рот вводят 1-2 мл контрастного в-ва), через 2-3 нед проводят контрольную ФЭГС, если сужение пищевода выявл-ся – бужирование. После эзофаго- и гастростомии детям в воз-те от 2-3 мес до 3 лет выполняют пластику пищевода толстокишечным трансплантатом.

Задача № 33

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100, закричал сразу. Через 5 минут после рождения развился приступ асфиксии, переведен на искусственную вентиляцию легких. При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа – пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками – коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин., выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень под краем реберной дуги. Меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Классификация заболевания.

ОТВЕТ: Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа. Показана рентгенография грудной клетки. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Диафрагмальные грыжи – перемещение органов брюшной полости в гр. клетку через дефект в диафрагме. **Классификация:** 1) истинные (стенки мешка состоят из серозных покровов – брюшинного и плевральных листков); 2) ложные (существует сквозное отверстие в диафрагме, образующееся в рез-те недоразвития плевроперитонеальной перегородки или из-за разрыва ее вследствие перерастяжения. По происхождению и локализации: 1) врожденные диафрагмальные грыжи: а) диафрагмально-плевральные (ложные и истинные); б) парастернальные; в) френоперикардальные; г) грыжи пищевого отверстия; 2) приобретенные грыжи – травматические. **Клиника.** Ведущие два симптомокомплекса – сердечно-легочные нарушения (сопровождающиеся внутригрудным напряжением) и желудочно-пищеводный рефлюкс (при грыже пищевого отверстия). **Диагностика:** 1) рентген (при диафрагмально-плевральных грыжах – кольцевидные просветления над всей левой половиной грудной клетки, обычно имеющие пятнистый рисунок; хар-на изменчивость положения и форм участков просветления и затенения – если сравнивать 2 рентгенограммы, сделанные в разное время; смещение органов средостения и сердца. При истинных грыжах удается проследить верхний контур грыжевого мешка, ограничивающий пролабировавшие петли к-ка в гр. пол-ть; 2) контрастирование ЖКТ с сульфатом бария (для дифф. диагностики с пневмокистозом легкого и ограниченным пневмотораксом). **Лечение:** оперативное – низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта диафрагмы при ложных диафрагмальных грыжах и пластика диафрагмы при истинных. Предоперационная подготовка: декомпрессия жел-ка катетером, назотрахеальная интубация, перевод реб-ка на ИВЛ с положительным давлением на выдохе, которое д.б. min – не более 20 мм.рт.ст.

Задача № 34

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Закрытый родовой перелом правой бедренной кости. Показано обезболивание, иммобилизация и перевод в хирургическое отделение. Выполняется рентгенография бедренной кости. Показано наложение липкопластырного вытяжения по Шеде на 10-14 дней.

Задача № 35

Ребенок родился в срок с массой 2800. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено до 40мл. застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2600.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Дифференциальная диагностика. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Атрезия тонкой кишки – одна из частых форм врожденной КН. Для тонкой к-ки более хар-ны формы атрезии в виде фиброзного тяжа или полного разобщения слепых концов с дефектом брыжейки. **Клиника.** Симптомы низкой полной обтурационной КН – с рождения большой живот, мягкий, б/б, при аускультации перистальтика усилена, при промывании жел-ка застойное кишечное содержимое. **Диагностика:** рентген (обзорный снимок) – в верхнем этаже брюшной полости множественные ур-ни жидкости, нижние отделы живота затемнены. **Дифф. диагностика:** паретическая динамическая КН (возникает на фоне инфекционного токсикоза, хар-но ослабление перистальтики, на Rg – множественные ур-ни жидкости, кол-во газа превышает кол-во жидкости, динамическое Rg-контрастное обследование выявляет пассаж контрастного в-ва и позволяет снять диагноз: механическая КН). **Лечение.** Предпочтительно верхняя поперечная лапаротомия, которая позволяет обнаружить атрезированные концы к-ки и провести тщательную ревизию всего к-ка с целью исключения множественной атрезии. Обычно проводят резекцию примерно 10-12 см приводящей к-ки --> межкишечный анастомоз «конец в конец» и «конец в $\frac{3}{4}$ », либо накладывают Т-образный анастомоз однорядными П-образными швами атравматическими иглами. **Диспансерное наблюдение** до 3 лет.

Задача № 36

Ребенок родился в срок с массой 2500. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил. При осмотре на 2 сутки состояние ребенка тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 130 в мин. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2200.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Атрезия двенадцатиперстной кишки. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача № 37

Ребенок родился в срок с массой 3200. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. На 3 сутки состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с желчью. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет.

Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 120 в мин. Живот запавший, умеренно напряженный, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Вес ребенка 3000.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Синдром Ледда. Показана рентгенография брюшной полости в двух проекциях обзорная и с контрастным веществом через 40 минут после приема его через рот. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После кратковременной подготовки показано экстренное оперативное вмешательство.

Синдром Ледда – сочетание 2-х врожденных патологических состояний: 1) сдавление 12-ти п. к-ки эмбриональными тяжами брюшины; 2) врожденный заворот тонкой и правой половины толстой кишки вследствие незавершенного поворота кишечника. **Клиника:** симптомы высокой странгуляционной КН. **Диагностика:** рентген (затемнение брюшной полости с единственным ур-нем жидкости и газовым пузырем в проекции жел-ка). **Лечение:** оперативное – направлено на устранение заворота и рассечение эмбриональных тяжей брюшины – операция Ледда.

Задача 38

Воспитатель детского комбината привела двухлетнюю девочку к педиатру данного дошкольного учреждения и сообщила, что у ребенка "не работает и болит правая ручка в локотке". Из анамнеза известно, что 10 минут назад во время прогулки она держала девочку за кисть, но девочка поскользнулась и "повисла" на руке женщины. Объективно педиатр выявил, что деформации и отека правого локтевого сустава нет, но рука полусогнута в локте с пронационной установкой предплечья. Движения правого предплечья, особенно супинационно-пронационные, ограничены, болезненны. Треугольник Гютера и признак Маркса не нарушены. Циркуляторных и неврологических расстройств в правой кисти нет.

1. Клинический диагноз?
2. Первая врачебная помощь?
3. Какие анатомо-физиологические особенности предрасполагают к данному повреждению?
4. Врачебная тактика педиатра?
5. Рекомендации персоналу?

Ответ:

1. Клинический диагноз: Подвывих головки лучевой кости
2. К поврежденному локтю следует приложить ледяной компресс или полотенце, смоченное в холодной воде. А если боль очень сильная, тогда пострадавшему можно дать болеутоляющий препарат (Парацетамол либо Ибупрофен). Если диагноз "подвывих головки лучевой кости" подтвержден, опытный травматолог сможет без промедлений легко вправить руку закрытым способом. Эта процедура не требует обезболивания, родителям следует просто отвлечь ребенка от процесса вправления, чтобы не нервировать его. Закрытый способ предполагает следующий алгоритм действий. Вначале врач осторожно отводит предплечье, которое фиксируется его помощником. Затем сгибает локоть ребенка под прямым углом. Одной рукой специалист охватывает кисть пострадавшей руки (как при рукопожатии), хорошо фиксируя запястье, другой – держит локоть, контролируя большим пальцем головку лучевой кости. После чего делается движение супинации (полного разворота руки). Если все прошло успешно, контролирующей

палец врача “услышит” легкий хруст или щелчок. В этот момент наверняка возникнут болевые ощущения, которые практически сразу же уйдут, а ребенок почувствует облегчение. Через некоторое время он совсем забудет о проблеме с рукой и будет спокойно ею пользоваться.

3. В отличие от анатомического строения головки лучевой кости взрослого человека, у детей этот фрагмент кости представляет собой хрящевую ткань округлой формы. Таким образом, существует физиологическая предрасположенность ребенка к подвывиху руки, ведь даже при небольшом резком движении головка кости может свободно выскользнуть из кольцевой связки. При этом возможен даже разрыв некоторых молодых волокон связочных тканей. Кроме того, мышцы ребенка недостаточно развиты, а суставная сумка очень тонкая.

Задача 39.

Учитель физкультуры привел к школьному врачу мальчика 12 лет с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника. Учителя насторожило изменение в поведении школьника. Он был необычно малоподвижным на уроке, отказывался прыгать и бегать, жалуясь на появление боли в спине. Педиатр выяснил из анамнеза, что 2 суток назад мальчик спрыгнул с крыши гаража (высотой около 2 метров) на выпрямленные ноги и почувствовал боль между лопатками. В течение приблизительно 1 минуты ему было «трудно дышать». Встал и вернулся домой самостоятельно. Мальчик скрыл от родителей факт травмы и продолжал посещать школу.

1. Клинический диагноз?
2. Какие физикальные методы исследования целесообразно использовать?
3. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
4. Какие возможны повреждения с учетом данного механизма травмы?
5. Врачебная тактика педиатра?
6. Первая врачебная помощь?
7. Какие анатомо-физиологические особенности предрасполагают к данному повреждению?

Ответ:

1. Компрессионный перелом позвоночника
2. В качестве основных исследований назначается рентгенография пораженного отдела позвоночника и [магнитно-резонансная томография](#), может быть информативным радионуклидное сканирование костей, оно помогает выявить скрытые переломы грудины и позвонков
3. опухоли, остеоартроз, спондилоартроз, сколиоз
4. клиновидная деформация различной степени, сползание замыкательной пластины с образованием клиновидного выступа, ступенчатая деформация передней поверхности тела позвонка, нарушение топографии межсегментарной борозды, увеличение межпозвонкового пространства, образование кифотических искривлений позвоночника вследствие смещения заднего отдела тела позвонка в позвоночный канал, подвывих в межпозвонковых суставах.
5. 6. Больного укладывают на спину на жесткую постель (под матрац подкладывают деревянный щит), головной конец кровати приподнимают на 25—30 см с помощью подставок. За обе подмышечные впадины подводят ватно-марлевые лямки, к которым фиксируют груз (рис. 8-40). При повреждениях шейной или верхнегрудной части позвоночника (до IV грудного позвонка) вытяжение осуществляют с помощью Петли Глиссона.
6. 7. в телах верхних и средних грудных позвонков костные балки расположены преимущественно вертикально и имеют короткие горизонтальные анастомозы, в то время как в телах нижних грудных позвонков сеть вертикальных балок тесно

переплетается с не менее хорошо выраженной сетью горизонтальных балок, что и придает телам нижних грудных позвонков большую прочность. Наконец, тела средних грудных позвонков расположены на вершине физиологического грудного кифоза. Эти три анатомические предпосылки - меньшая высота межпозвонковых дисков, архитектура тел позвонков, расположение на высоте кифоза - и являются причиной наиболее частых переломов тел средних грудных позвонков.

Задача 40.

У новорожденного мальчика в возрасте трех дней, родившегося в тазовом предлежании, при пассивном отведении бедер выявляется "щелчок" в правом тазобедренном суставе. Из анамнеза известно, что семейная наследственность неотягощена, заболеваний в период беременности у матери не было.

1. Клинический диагноз?
2. Объясните генез данного симптома.
3. Возможные дополнительные методы исследования? Врачебная тактика неонатолога.
4. Рекомендации родителям

Ответ:

1. Врожденный вывих бедра
2. Генез: К факторам, способствующим реализации анатомических предпосылок к вывиху бедра, относят недоразвитие вертлужной впадины, слабость связочно-мышечного аппарата тазобедренного сустава, начало ходьбы, приводящее к включению качественно новых механизмов, способствующих возникновению самой тяжелой формы патологии — вывиху бедра.
3. Рентгенологическое и ультразвуковое обследование тазобедренного сустава ребенка для подтверждения диагноза. Возможна также консультация детского хирурга, ортопеда. Симптомы дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Тазобедренные суставы расположены достаточно глубоко, покрыты мягкими тканями и мощными мышцами. Непосредственное исследование суставов затруднено, поэтому патологию выявляют, в основном, на основании косвенных признаков.
 - **Симптом щелчка (симптом Маркса-Ортолани)**
Выявляется только у детей в возрасте до 2-3 месяцев. Малыша укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем аккуратно сводят и разводят. При нестабильном тазобедренном суставе происходит вывихивание и вправление бедра, сопровождающееся характерным щелчком.
 - **Ограничение отведения**
Выявляется у детей до года. Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем без усилия разводят в стороны. У здорового ребенка угол отведения бедра равняется 80–90°. Ограничение отведения может свидетельствовать о дисплазии тазобедренного сустава.
Следует учитывать, что в некоторых случаях ограничение отведения обусловлено естественным повышением мышечного тонуса у здорового ребенка. В этой связи большее диагностическое значение имеет одностороннее ограничение отведения бедер, которое не может быть связано с изменением тонуса мышц.
 - **Укорочение конечности**
Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают и прижимают к животу. При односторонней дисплазии тазобедренного сустава выявляется несимметричность расположения коленных суставов, вызванная укорочением бедра на пораженной стороне.

- **Асимметрия кожных складок**

Ребенка укладывают сначала на спину, а затем на живот для осмотра паховых, ягодичных и подколенных кожных складок. В норме все складки симметричны. Асимметрия является свидетельством врожденной патологии.

- **Наружная ротация конечности**

Стопа ребенка на стороне поражения вывернута наружу. Симптом лучше заметен, когда ребенок спит. Необходимо учитывать, что наружная ротация конечности может выявляться и у здоровых детей.

- **Другие симптомы**

У детей в возрасте старше 1 года выявляется нарушение походки («утиная походка», хромота), недостаточность ягодичных мышц (симптом Дюшенена-Тренделенбурга) и более высокое расположение большого вертела

4. Лечебная гимнастика при дисплазии тазобедренных , Физиотерапия

- Со второго-третьего дня лечения применяем УВЧ-терапию. Процедуры проходят каждый день по 6-10 минут (5-7 воздействий).

- Со второй недели суставы с дисплазией должны попасть под воздействие переменного магнитного поля низкой частоты (седативное и общеукрепляющее действие, усиление метаболизма, кровообращения, питания тканей. Продолжительность - 10-20 минут, ежедневно, 15-20 сеансов).

- УФО на неоперированный сустав.

- витаминотерапия (витамины группы А, витамины В, С, Д и т.д.)

- электростимуляция ослабленных мышц.

- озокерит или парафин 3-4 раза сразу на коленный сустав оперированной ноги, а затем на тазобедренный сустав (30-40 минут, температура 40-45, каждый день, 20-25 процедур).

Задача 41.

На плановый диспансерный осмотр участкового педиатра центральной районной больницы обратилась девочка трех лет с хромотой на правую ногу. Из анамнеза известно, что она родилась в тазовом предлежании, начала ходить с 1,5 летнего возраста, отстает в физическом развитии от сверстников. Семья девочки живет в отдаленной деревне. Мать ребенка ранее к врачам не обращалась. Педиатр объективно выявил гипотрофию и ограничение пассивного отведения правого бедра с укорочением этой же конечности на 3 см.

- Клинический диагноз?
- Объясните генез данных симптомов. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
- Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
- Возможные дополнительные методы исследования? Врачебная тактика педиатра.

Ответ:

1. Врожденный вывих бедра
2. Генез: К факторам, способствующим реализации анатомических предпосылок к вывиху бедра, относят недоразвитие вертлужной впадины, слабость связочно-мышечного аппарата тазобедренного сустава, начало ходьбы, приводящее к включению качественно новых механизмов, способствующих возникновению самой тяжелой формы патологии — вывиху бедра.
3. Рентгенологическое и ультразвуковое обследование тазобедренного сустава ребенка для подтверждения диагноза. Возможна также консультация детского хирурга, ортопеда. Симптомы дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Тазобедренные суставы расположены достаточно глубоко, покрыты мягкими тканями и мощными мышцами. Непосредственное исследование суставов

затруднено, поэтому патологию выявляют, в основном, на основании косвенных признаков.

- **Симптом щелчка (симптом Маркса-Ортолани)**

Выявляется только у детей в возрасте до 2-3 месяцев. Малыша укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем аккуратно сводят и разводят. При нестабильном тазобедренном суставе происходит вывихивание и вправление бедра, сопровождающееся характерным щелчком.

- **Ограничение отведения**

Выявляется у детей до года. Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем без усилия разводят в стороны. У здорового ребенка угол отведения бедра равняется 80–90°. Ограничение отведения может свидетельствовать о дисплазии тазобедренного сустава.

Следует учитывать, что в некоторых случаях ограничение отведения обусловлено естественным повышением мышечного тонуса у здорового ребенка. В этой связи большее диагностическое значение имеет одностороннее ограничение отведения бедер, которое не может быть связано с изменением тонуса мышц.

- **Укорочение конечности**

Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают и прижимают к животу. При односторонней дисплазии тазобедренного сустава выявляется несимметричность расположения коленных суставов, вызванная укорочением бедра на пораженной стороне.

- **Асимметрия кожных складок**

Ребенка укладывают сначала на спину, а затем на живот для осмотра паховых, ягодичных и подколенных кожных складок. В норме все складки симметричны. Асимметрия является свидетельством врожденной патологии.

- **Наружная ротация конечности**

Стопа ребенка на стороне поражения вывернута кнаружи. Симптом лучше заметен, когда ребенок спит. Необходимо учитывать, что наружная ротация конечности может выявляться и у здоровых детей.

- **Другие симптомы**

У детей в возрасте старше 1 года выявляется нарушение походки («утиная походка», хромота), недостаточность ягодичных мышц (симптом Дюшене-Тренделенбурга) и более высокое расположение большого вертела

4. Лечебная гимнастика при дисплазии тазобедренных, Физиотерапия

- Со второго-третьего дня лечения применяем УВЧ-терапию. Процедуры проходят каждый день по 6-10 минут (5-7 воздействий).

- Со второй недели суставы с дисплазией должны попасть под воздействие переменного магнитного поля низкой частоты (седативное и общеукрепляющее действие, усиление метаболизма, кровообращения, питания тканей).

Продолжительность - 10-20 минут, ежедневно, 15-20 сеансов).

- УФО на неоперированный сустав.

- витаминотерапия (витамины группы А, витамины В, С, Д и т.д.)

- электростимуляция ослабленных мышц.

- озокерит или парафин 3-4 раза сразу на коленный сустав оперированной ноги, а затем на тазобедренный сустав (30-40 минут, температура 40-45, каждый день, 20-25 процедур).

Задача 42.

К детскому ревматологу обратилась девочка 6 лет с жалобами на боль в правом коленном суставе, возникающую во второй половине дня. Сон и аппетит не нарушены, общее самочувствие удовлетворительное, температура тела нормальная. Каких-либо провоцирующих заболевание причин в анамнезе (травма, ОРВИ и пр.) у ребенка выявить не удается. Объективно: ребенок развит соответственно возрасту. Ходит, слегка припадая

на правую ногу. Обращает внимание небольшая гипотрофия правого бедра. Коленные суставы выглядят обычно, движения в них в полном объеме безболезненные. Длина конечностей одинаковая.

1. Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
2. Клинический диагноз?
3. Объясните генез данных симптомов.
4. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
5. Возможные дополнительные методы исследования?
6. Врачебная тактика педиатра.

Задача 43.

При первичном патронажном обследовании ребенка трех недельного возраста участковый педиатр обнаружил в левой надключичной области опухолевидное образование цилиндрической формы, неподвижное, плотноэластической консистенции в проекции нижней части левой кивательной мышцы. Отека, гиперемии и гипертермии над этим образованием нет. Голова ребенка слегка наклонена влево и повернута вправо. Состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела нормальная. Сон и аппетит у ребенка не нарушены. Со слов матери течение родов и послеродового периода обычное.

1. Клинический диагноз?
2. Объясните генез данных симптомов.
3. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
4. Врачебная тактика педиатра.

Ответ:

- 1) Врожденная мышечная кривошея
- 2) Наибольшее количество сторонников нашла концепция врождённого порока развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Снижение эластичности и способствует травматизации мышцы в момент родов, особенно при ягодичном предлежании плода. При гистологических исследованиях на различных этапах заболевания выявлены атрофические, дистрофические, некробиотические процессы в мышечных волокнах с разрастанием соединительной ткани.
- 3) родовая травма грудино-ключичной мышцы, другие виды кривошеи, нейрогенная патология, воспалительные заболевания.
- 4) Назначить массаж шеи, физиотерапию (УВЧ, парафиновые аппликации), наблюдение.

Задача 44.

Врач специализированной педиатрической бригады скорой помощи прибыл на место дорожно-транспортного происшествия в черте города через 15 минут от момента вызова. Среди пострадавших оказался мальчик 11 лет. При клиническом исследовании у ребенка жалобы на сильную боль внизу живота, озноб, жажду, невозможность самостоятельно встать из-за резкого усиления боли в области правой половины таза. При физикальном исследовании обращала внимание наружная ротация правой ноги, общая аторможенность, бледность кожного покрова, болезненность и напряжение мышц живота в гипогастрии, гематома промежности и мошонки. Из наружного отверстия уретры выделялись капли свежей крови. Ребенок не может поднять правую выпрямленную ногу. Артериальное давление 90 на 50 мм рт. ст., пульс – 120 в минуту слабого наполнения. Место аварии расположено в 10 минутах езды до ближайшего взрослого хирургического отделения и 25 минутах езды - до специализированного детского травматологического отделения.

1. Клинический диагноз?
2. Какие физикальные методы исследования целесообразно использовать?
3. Какие возможны повреждения с учетом данного механизма травмы?
4. Врачебная тактика педиатра?
5. Объем врачебной помощи силами бригады скорой помощи?
6. Куда транспортировать пострадавшего?
7. Каковы особенности транспортировки пострадавшего?

8. Какие анатомо-физиологические особенности predispose к данному повреждению?

Ответ:

- 1) Перелом таза (седалищная и возможно лонная кости)
- 2) Симптомы, наблюдаемые при переломах костей таза — усиление боли при сдавлении гребней подвздошных костей (симптом Вернея), при растяжении таза за гребни подвздошных костей (симптом Ларрэ), при сдавлении в вертикальном направлении от гребня подвздошной кости к седалищному бугру (симптом Мыша), появление болевых ощущений при осторожном ритмичном надавливании на крестец кончиками пальцев подведённой под него руки (симптом «баллотирования крестца» Драчука). Независимо от возраста характерен симптом «прилипшей пятки», описанный В.В. Гориневской: лежащий на спине больной не может поднять вытянутую ногу из-за возникающей и усиливающейся боли от давления сокращающейся подвздошно-поясничной мышцы на сломанную кость.
- 3) значительные забрюшинные кровоизлияния, повреждения органов малого таза. Повреждаются уретра или мочевого пузырь, реже — прямая кишка, влагалище. Повреждение мочеиспускательного канала происходит в основном у мальчиков, разрыв локализуется в перепончатой части, в месте прохождения уретры под лонным сочленением, около шейки мочевого пузыря. Разрыв мочевого пузыря.
- 4) 5. Обезболить, правильно транспортировать
- 5) 6. Транспортировать больного следует уложив на ровную твердую поверхность, ноги согнуть в коленях и бедра несколько развести в стороны, а под колени наложить тугий валик из подушки, одеяло, одежды и т. д. высотой 25-30 см. Транспортировать пострадавшего на носилках или твердом щите на спине. Ноги зафиксировать.
- 6) 7. Слабость связочного аппарата в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях ; наличие хрящевых прослоек, разделяющих все три тазовые кости (подвздошные, седалищные и лобковые); эластичность тазового кольца, связанная с гибкостью костей. Всё это способствует тому, что у детей, например, вместо типичного двустороннего вертикального перелома подвздошных костей, наблюдаемого у взрослых, происходят разрыв и разъединение подвздошно-крестцового сочленения, в основном на одной стороне.

Задача 45

К детскому эндокринологу обратился мальчик 13 лет с ожирением и жалобами на повышенную усталость и боль в области левого коленного сустава и нижней трети левого бедра, возникающие после физической нагрузки. Сон и аппетит не нарушены, общее самочувствие хорошее, температура тела нормальная. Ранее мальчик считал себя здоровым. Боль в ноге появились около одного месяца назад, когда будучи с классом на сельскохозяйственных работах, мальчик держал в руках ящик с морковью и повернулся, чтобы передать его товарищу. При этом почувствовал резкую боль в левом паху и по ходу бедра. Объективно: ожирение 1-2-ой степени; ходит, прихрамывая на левую ногу; в положении лежа левая нога избыточно ротирована кнаружи; коленные суставы симметричные с полным объемом движений и без выпота; левое бедро гипотрофично.

1. Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
2. Клинический диагноз?
3. Объясните генез данных симптомов.
4. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
5. Возможные дополнительные методы исследования?
6. Врачебная тактика эндокринолога

Ответ:

- 1) При обследовании больного в положении лёжа выявляют наружную ротацию поражённой конечности, увеличение амплитуды наружной и уменьшение внутренней ротации. При сгибании в тазобедренном и коленном суставах последний смещается кнаружи от сагиттальной плоскости (симптом Гофмейстера). Сгибание в тазобедренном суставе ограничено до 150-100°. Отмечают относительное укорочение конечности на 1,5—2 см.
- 2) Юношеский эпифизиолиз головки бедренной кости
- 3) Причина юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости — дисбаланс между гормонами роста и половыми гормонами. На фоне дефицита половых гормонов начинается чрезмерная активность гормона роста, в результате чего происходит снижение механической прочности проксимальной зоны бедренной кости. Ослабление костной структуры провоцирует смещение проксимального эпифиза бедра.
- 4) реактивная артропатия
- 5) Рентгенологическое подтверждение диагноза основано на том, что головка и шейка бедренной кости не находятся на одной линии.
- 6) лечение ожирения, коррекция питания, коррекция гормональных нарушений

Задача 46.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что среди полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, сучит ножками. Стул был накануне нормальный. При ректальном исследовании появились выделения типа малинового желе. Ваш предварительный диагноз, тактика врача неотложной помощи и врача стационара.

Ответ:

Инвагинация. Показана пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью. При невозможности консервативного расправления – лапароскопия или лапаротомия.

Задача 47.

У девочки 13 лет в течение 3 дней отмечались боли в животе, повышение температуры, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура 37,9. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 удара в 1 мин. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование 6 x 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16200. Ваш предварительный диагноз. Тактика врача – педиатра.

Ответ:

Острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Госпитализация, оперативное лечение.

Задача 48.

Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л. Ваш предварительный диагноз. Тактика лечения.

Ответ:

Портальная гипертензия, кровотечение из варикозных вен пищевода. Показано УЗИ органов брюшной полости. Контроль гемодинамических показателей. Консервативная гемостатическая терапия, попытка остановки кровотечения придавливанием вен зондом с манжеткой. При неэффективности экстренная операция.

Задача 49.

Ребенок 7 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Лейкоцитоз 5700. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острого аппендицита был исключен. Ваш дальнейший план обследования этого ребенка.

Ответ:

Синдром боли в животе. Показано обследование: УЗИ внутренних органов и почек, анализ крови, мочи.

Задача 50.

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 8-и лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка. Ваш предварительный диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Портальная гипертензия. Показано УЗИ внутренних органов, контроль показателей гемодинамики. Консервативная гемостатическая терапия.

Задача 51.

Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболел остро с повышением температуры до 38,6, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в мин. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования, диф. диагноз, тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на острый аппендицит, правостороннюю пневмонию. Показана экстренная госпитализация и обследование.

Задача 52.

Девочка 3 лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, температура 39,4, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вял, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре живот напряжен и болезнен во всех отделах. Симптом ЩеткинаБлюмберга положителен. Гиперемия зева и слизистых, мацерация и выделения из влагалища. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Криптогенный перитонит. Экстренная операция после кратковременной подготовки.

Задача 53.

Вы врач педиатр, вызваны к ребенку 3-х месяцев в связи с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана экстренная госпитализация, проведение инфузионной терапии, сифонных клизм, обследование – ирригография с бариевой взвесью.

Задача 54.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних двух суток. Появилось вздутие живота. Ребенок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли выполнить очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия ануса, ректовестибулярный свищ. Показано УЗИ внутренних органов, почек, ирригография через свищ.

Задача 55.

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было 2 суток. В анамнезе в возрасте 3-х лет - аппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на спаечную кишечную непроходимость. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью.

Задача 56.

В соматическом отделении находится ребенок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребенка нарастает вздутие живота, рвота с примесью желчи, одышка. Стула не было 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Динамическая паретическая кишечная непроходимость. Исследование электролитного состава крови. Проведение инфузионной терапии, стимуляции кишечника.

Задача 57.

Вы участковый педиатр осматриваете ребенка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние два дня. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Полип прямой кишки. Показана колоноскопия.

Задача 58.

К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней. При 17 осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура 37,5. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза левой бедренной кости. Показано вытяжение по Шеде. Антибактериальная, симптоматическая терапия.

Задача 59.

К Вам обратились родители ребенка 28 дней с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, последняя свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребенка болезненны. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Показана повязка Дезо, консервативное лечение.

Задача 60.

К Вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребенка 9 лет с жалобами на стойкую температуру 38-39 градусов, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2-х дней. При осмотре ребенок на ногу не встает, движения болезненны. Отмечается отек мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на острый гематогенный остеомиелит бедренной кости. Показано экстренное оперативное лечение, остеоперфорация кости.

Задача 61.

Вы участковый педиатр. 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. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объеме безболезненные. Ваша тактика.

Ответ:

Здоров, показано наблюдение, через месяц провести контрольный анализ крови и рентгеновский снимок бедренной кости.

Задача 62.

К Вам обратился ребенок 9 лет. Заболел пять дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура до 39. При осмотре обнаружен отек и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на острый гематогенный остеомиелит костей голени. УЗИ, анализ крови. Экстренное оперативное лечение.

Задача 63.

У ребенка 12 лет периодически возникают боли в околопупочной области, выделения темно-вишневой крови из прямой кишки во время дефекации. Стул ежедневный оформленный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Кровоточающий Меккелев дивертикул. Необходимо выполнить радиоизотопное исследование. Показана лапароскопия, удаление дивертикула.

Задача 64.

У ребенка 3 лет появились жалобы на выделение алой крови в процессе дефекации. Стул оформленный со склонностью к запорам. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения

Ответ:

Полип прямой кишки. Рекомендуется ректороманоскопия, удаление полипа. 20. Выпадение слизистой прямой кишки. Необходимо вправление пальцами руки, смоченными вазелином. Профилактика заключается в нормализации стула, дефекация только в положении лежа.

Задача 65.

У ребенка 1,5 лет после перенесенной кишечной инфекции во время дефекации из ануса выпала слизистая прямой кишки. Ваш предварительный диагноз. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Программа лечения, направленная на профилактику повторных выпадений.

Ответ:

Выпадение слизистой прямой кишки. Необходимо вправление пальцами руки, смоченными вазелином. Профилактика заключается в нормализации стула, дефекация только в положении лежа.

Задача 66.

В поликлинику доставлен мальчик 1 месяца с жалобами на вялость, слабость, бледность, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе самостоятельного стула нет с рождения, только после клизм. В последнее время родители добивались отхождения каловых масс и газов с трудом. Состояние ребенка ухудшилось, отказывается от еды. Живот увеличился в размерах. Ваш предварительный диагноз, программа обследования и тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана госпитализация. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений, сифонная клизма. После очищения

кишечника проводится ирригография с водорастворимым контрастным веществом, УЗИ толстой и прямой кишки, биопсия слизистой. Лечение хирургическое.

Задача 67.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3000г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зеленый цвет), в последующие дни стула не было. С увеличением объема кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, мраморные. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в мин. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл молока без примесей. Ампула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки - 2460, рН - 7,51, рСО₂ - 34, 6, ВЕ - + 4,5, Нб - 180 г/л, Нт - 75%, На плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л. Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений в качестве предоперационной подготовки.

Задача 68.

В отделении патологии новорожденных лечился ребенок 26 дней по поводу омфалита и пиодермии. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Местное и общее лечение.

Ответ:

Острый гематогенный остеомиелит проксимального метэпифиза правой плечевой кости. Общий анализ крови, СОЭ. На 10 сутки рентгенография правой плечевой кости.

Задача 69.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3600. Сразу после рождения в подчелюстной области и на шее обнаружено опухолевидное образование 6х5 см. тестоватой консистенции, неподвижное, безболезненное. Общее состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено. Ваш диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Лимфангиома подчелюстной области. Показана рентгенография грудной клетки. Оперативное лечение.

Задача 70.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен. Возраст 1 сутки. рН - 7,32, рСО₂ - 36, ВЕ - -4, Нб 220 г/л, Нт - 65%. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показано УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, Эхо-кардиография. Оперативное лечение после предоперационной подготовки

Задача 71.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел. Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхосудистого рисунка. На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит. Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого. Показана рентгенография в двух проекциях. Бронхоскопия. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 72.

На 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. 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 3200г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -8, сегментоядерные -28, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ 6. Ваш предварительный диагноз. План обследования, дифференциальный диагноз. Тактика лечения.

Ответ:

Некротическая флегмона новорожденный пояснично-крестцовой области, пиодермия, омфолит, дисбактериоз кишечника. Локализованная инфекция с токсикозом. Общий анализ крови и мочи, посевы. Оперативное лечение флегмоны.

Задача 73.

На 5 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка, выражен токсикоз, температура 38,8. Ребенок вял, кожные покровы мраморные с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна. Ребенок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка на момент осмотра 2800. Общий анализ крови: лейкоцитоз 16300, палочкоядерные -32, сегментоядерные - 51, эозинофилы -0, лимфоциты - 11, моноциты -6, СОЭ - 6. Ваш предварительный диагноз. План обследования, лечение.

Ответ:

Рожистое воспаление. Локализованная инфекция с токсикозом. Местное лечение: УФО, повязки с Томицидом, Левомиколом. Цефалоспорины парентерально с учетом чувствительности штамма стрептококка, инфузионная, симптоматическая терапия.

Задача 74.

При осмотре 4-дневного ребенка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6х7 см. Кожа в этой области цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не повышена, пальпация безболезненна. В течение 4-х часов наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребенок родился с массой 4200 от 1 беременности и затяжных родов. 22 Общий анализ крови: лейкоцитоз -9700, палочкоядерные -15, сегментоядерные - 38, эозинофилы - 3, лимфоциты - 32, моноциты - 12, СОЭ - 5.

Поставить предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз, определить тактику лечения.

Ответ:

Асептический некроз подкожно жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений.

Задача 75.

Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров по Персианинову и масочной вентиляции легких в течение 5 минут. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика врача родильного дома.

Ответ:

Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс. Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.

Задача 76.

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенности. Находился на естественном вскармливании. Прибавил за месяц 700г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота "фонтаном". Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяца 10 дней, потеря веса за неделю 400г. Состояние тяжелое, вял, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота "фонтаном" с примесью старой крови. Со стороны сердца и легких без особенности. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде "песочных часов". Вес ребенка 3700, рН-7,56, рСО₂ -38, ВЕ + 12, Hb - 112 г/л, Ht - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования на различных этапах (поликлиника, стационар). Тактика лечения.

Ответ:

Пилоростеноз. Показано: КЩС, УЗИ пилорического отдела желудка или фиброэзофагогастроскопия или рентгенологическое исследование желудка с контрастным веществом. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 77.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. 23 Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см. Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Врожденная долевая эмфизема верхней доли левого легкого. Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких. Оперативное лечение.

Задача 78.

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого, окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Ответ:

Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 79.

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен мекониальный стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Hb - 220г/л, Ht - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Ответ:

Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз с значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений.

Задача 80.

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. 24 К 6-м суткам состояние ребенка ухудшилось, выросли 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, Hb-145 г/л, Ht- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики

Ответ:

Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водноэлектролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция.

Задача 81.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - "печеночная тупость" не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, рН-7,21, рСО₂-40, ВЕ- -13, Нб- 185г/л, Нт-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 82.

Вас вызвали к ребенку 14 дней жизни. С рождения у ребенка скудный мекониальный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо, только после клизмы через газоотводную трубку. Трижды была рвота с желчью. Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный стул. Потерял в весе 200 г. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана ирригография с водорастворимым контрастным веществом, биопсия слизистой с исследованием холинэстеразы. Лечение оперативное.

Задача 83.

В возрасте 21 дня отмечено ухудшение в состоянии ребенка, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава. Вес ребенка 3600. Ан.крови: Лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -4, сегментоядерные -26, эозинофилы -0, лимфоциты -60, моноциты-8, СОЭ - 22 . Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечения.

Ответ:

Острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показано наложение повязки типа Дезо, УВЧ. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности штамма стафилококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней рентгенография плечевой кости.

Задача 84.

Ребенок родился с массой 2600 от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 10-12 неделе. В родах многоводие. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения отмечается обильное выделение пенистой слюны. При осмотре через 12 часов после рождения состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 в мин. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия пищевода, трахео-пищеводный свищ. Показана обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях с зондом в оральном конце пищевода. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 85.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100, закричал сразу. Через 5 минут после рождения развился приступ асфиксии, переведен на искусственную вентиляцию легких. При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа – пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками – коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин., выслушиваются максимально громко по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень под краем реберной дуги. Меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа. Показана рентгенография грудной клетки. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 86.

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Закрытый родовой перелом правой бедренной кости. Показано обезболивание, иммобилизация и перевод в хирургическое отделение. Выполняется рентгенография бедренной кости. Показано наложение липкопластырного вытяжения по Шеде на 10-14 дней.

Задача 87.

Ребенок родился в срок с массой 2800. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено до 40мл. застойного содержимого бурого-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2600. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 88.

Ребенок родился в срок с массой 2500. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил. При осмотре на 2 сутки состояние ребенка тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 130 в мин. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2200. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия двенадцатиперстной кишки. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 89.

Ребенок родился в срок с массой 3200. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. На 3 сутки состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с желчью. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 120 в мин. Живот запавший, умеренно напряженный, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Вес ребенка 3000. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Синдром Ледда. Показана рентгенография брюшной полости в двух проекциях обзорная и с контрастным веществом через 40 минут после приема его через рот. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После кратковременной подготовки показано экстренное оперативное вмешательство.

Задача 90.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 1,5 лет, который двенадцать часов назад случайно сделал глоток кипятка. Состояние больного тяжелое. Выражено слюнотечение. Отказывается от еды, мало пьет, мочится редко малыми порциями. Температура 38.5. На слизистой полости рта массивные фибриновые наложения. Ваш предварительный диагноз. Первая помощь на догоспитальном этапе. План обследования и лечения.

Ответ:

Ожог слизистой полости рта, подозрение на ожог пищевода кипятком. На догоспитальном этапе показана противошоковая терапия, профилактика отека подвязочного пространства. Госпитализация, консультация отоларинголога и внутриносовая новокаиновая блокада. Инфузионная терапия, мероприятия по снижению температуры тела, обезболивание. Фиброгастроскопия не показана.

Задача 91.

Ребенок 1,5 лет сделал глоток уксусной эссенции 30 минут назад. Вы врач скорой помощи осматриваете ребенка дома. Какие неотложные мероприятия необходимо провести. Какова дальнейшая тактика обследования и лечения. 29

Ответ:

Необходимо провести промывание желудка через зонд. Ввести обезболивающие и антигистаминные препараты, провести внутриносовую блокаду. Госпитализировать. Необходима консультация токсиколога, контроль диуреза и адекватности дыхания. Назначается инфузионная терапия. Фиброгастроскопия проводится через 4-5 дней. Тактика зависит от степени ожога.

Задача 92.

Вы педиатр поликлиники осматриваете ребенка 2 лет с жалобами на бледность, стойкое, не поддающееся коррекции снижение показателей гемоглобина до 90 г/л, периодические рвоты съеденной пищей. Ребенок родился с массой 3000г. С рождения часто срыгивал после еды, особенно в горизонтальном положении, плохо прибавлял в весе. На фоне консервативного лечения лечебными смесями срыгивания и рвоты стали редкими. После года несколько раз лечился по поводу Анемии неясной этиологии. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Желудочно-пищеводный рефлюкс-эзофагит. Показана фиброэзофагогастроскопия, pH – метрия и исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью на наличие рефлюкса. При ахалазии кардии показано консервативное лечение, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы – оперативное вмешательство.

Задача 93.

У мальчика с 6 лет, через несколько часов после еды периодически стала появляться рвота съеденной пищей. В настоящее время еду постоянно запивает водой. Ощущая дисфагию

может вызывать рвоту во время еды. Рвотные массы кислого запаха не имеют. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на ахалазию пищевода. Показана фиброэзофагогастроскопия и исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью. При выявлении стеноза показано оперативное лечение.

Задача 94.

Вы доктор отделения недоношенных новорожденных детей лечите ребенка 14 дней, переведенного к Вам из родильного дома с диагнозом: “Начинающаяся асфиксия плода. Аспирационный синдром, недоношенность, внутриутробное инфицирование. Состояние ребенка тяжелое. В легких дыхание до 60 в мин. проводится с обеих сторон жесткое, с умеренным количеством влажных хрипов. Сердечные тоны ритмичные, до 150 в мин., выслушиваются в типичном месте. При кормлении молоком лежа на правом боку закашливается. Во время кормления через зонд приступов кашля не возникает. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на изолированный трахеопищеводный свищ. Показана бронхоскопия. После подготовки оперативное лечение.

Задача 95.

Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в весе составила 300г. При сборе анамнеза выявлено, что у ребенка частые срыгивания молоком после кормления особенно в горизонтальном положении. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на желудочно-пищеводный рефлюкс. Показана фиброэзофагогастроскопия и рН метрия, исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью на рефлюкс.

Необходимо начать консервативное лечение.

Задача 96.

Мальчик 7 лет в течение последних двух лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли отмечается участок затемнения, примыкающий к средостению. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого. Показана бронхоскопия, томография, ангиография. Лечение оперативное

Задача 97.

Девочке 4 года. Год назад ребенок выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией ребенку была наложена гастростома для кормления. При осмотре ребенок гипотрофичен, с трудом глотает слюну. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Задача 98.

У мальчика 3 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Ребенок бледен, пониженного питания, Правая половина грудной клетки запавшая, в дыхании не участвует. Перкуторно над правой половиной грудной клетки укорочение легочного звука. Аускультативно слева дыхание пузырьное, справа ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Средостение смещено вправо. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задача 99.

К Вам, участковому педиатру, 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. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхоэктазия нижнедолевого бронха слева. Ателектаз нижней доли. Показана рентгенография грудной клетки и бронхоскопия. Лечение оперативное.

Задача 100.

Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, кряхтящее дыхание. Температура 37,5. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно здесь же – дыхание не прослушивается. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Деструктивная пневмония, осложненная пневмотораксом. Показана рентгенография грудной клетки и плевральная пункция.

Задача 101.

К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 7 лет с жалобами на частые приступы кашля. Температура нормальная. За 6 месяцев до этого ребенок впервые сильно закашлялся, гуляя по ржаному полю. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Инородное тело бронха. Показана ретгеноскопия грудной клетки и бронхоскопия.

Задача 102.

У ребенка 6 лет при профилактическом рентгенологическом исследовании обнаружили в реберно-позвоночном углу справа интенсивную тень овальной формы. Жалоб нет. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Нейрогенная опухоль заднего средостения. Показана рентгенография грудной клетки в двух проекциях, анализ мочи на катехоламины. Удаление опухоли.

Задача 103.

У ребенка 2 лет появились явления трахеобронхита, сухой кашель, временами одышка. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки патологии не найдено. При трахео-бронхоскопии определяется некоторое сужение трахеи в средней трети за счет выбухания в просвет мембранозного отдела. Ваш предварительный диагноз, дальнейший план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на двойную дугу аорты. Показано исследование пищевода с контрастным веществом. Лечение хирургическое.

Задача 104.

У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом исследовании обнаружили в передневерхнем отделе средостения тень округлой формы. Жалоб нет. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на лимфому, тератому средостения. Показано УЗИ образования, рентгенография грудной клетки, томография. Анализ крови на альфа-фетопротеин. Лечение оперативное.

Задача 105.

У ребенка 6 месяцев появились явления трахеобронхита и дисфагии. При рентгенологическом исследовании пищевода с контрастным веществом определяется некоторое вдавление его передней стенки и некоторое разобщение трахеи и пищевода. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхогенная киста средостения. Показана компьютерная томография. Лечение оперативное.

Задача 106.

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Ложный крипторхизм.

Задача 107.

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кожа мошонки гиперемирована. Ваш диагноз и тактика

Ответ:

Перекрут правого яичка. Показана экстренная операция.

Задача 108.

У ребенка 11 лет жалобы на увеличение левой половине мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении ребенка. Яички в мошонке. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Варикоцеле. Плановое оперативное лечение.

Задача 109.

У мальчика 1 месяца отмечается отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мошонка гипоплазирована. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Двусторонний крипторхизм. Показана консультация эндокринолога и генетика. Оперативное лечение в 2 года. Лапароскопия для подтверждения абдоминальной формы.

Задача 110.

У девочки 1 месяца 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование 1,5 x 1 см. округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Невправимая паховая грыжа. Показано оперативное лечение.

Задача 111.

2-х летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами, эластичное, болезненное

образование 6 x 4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было. Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Ущемленная паховая грыжа. Показано экстренное оперативное лечение.

Задача 112.

У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Гипоспадия, меатальный стеноз. Рассечение наружного отверстия уретры. Пластика уретры после года.

Задача 113.

У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции, с ровными контурами, безболезненное, 5 x 3,5 см., не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено. Ваш диагноз, дифференциальный диагноз, тактика лечения.

Ответ:

Сообщающаяся водянка оболочек яичка левого яичка. Осмотр после года.

Задача 114.

У девочки 3 месяцев отмечается расширение пупочного кольца с выпячиванием безболезненного, эластической консистенции образования 1,5 x 1,5 см., легко вправляемого в брюшную полость. Ваш диагноз, тактика лечения.

Ответ:

Пупочная грыжа. Рекомендуются массаж, лфк. Оперативное лечение в 6-8 лет при отсутствии эффекта.

Задача 115.

У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по средней линии на 3 см. выше пупочного кольца безболезненное выпячивание 0,5 x 0,5 см., легко вправляемое в брюшную полость, при этом определяется дефект апоневроза по средней линии 0,7 x 0,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Грыжа белой линии живота. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 116.

У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Неосложненная пахово-мошоночная грыжа. Показано оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 117.

Ребенок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отек и гиперемия кожи. Левое яичко в мошонке увеличено в размере, болезненно при пальпации. Травму ребенок отрицает. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Перекрут гидатиды левого яичка. Показано экстренное оперативное лечение.

Задача 118.

Вы врач педиатр родильного дома. Внутриутробно, на 32 неделе, при ультразвуковом обследовании плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз был подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на двусторонний гидронефроз. Показан перевод в хирургическое отделение. УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, цистоуретрография. В 3-4 недели инфузионная урография. Хирургическое лечение при подтверждении диагноза.

Задача 119.

У мальчика 3 лет постоянные жалобы на затрудненное, прерывистое тонкой струйкой мочеиспускание. В анализах мочи – лейкоциурия (20-30 в п/зр). Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Инфравезикальная обструкция. Показана УЗИ почек, микционная цистоуретрография, цистометрия для исключения нейрогенной обструкции. Необходимо исключить рубцовый фимоз и меатальный стеноз.

Задача 120.

Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечнолоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Двусторонний уретерогидронефроз. Показано экскреторная урография, цистография.

Задача 121.

У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Мультикистоз левой почки. Показано оперативное лечение.

Задача 122.

Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз справа. Показана экскреторная урография, цистография, биохимическое исследование крови. Хирургическое лечение в зависимости от диагноза.

Задача 123.

У физически нормально развивающейся девочки 2 лет с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на удвоение почек. Показано полное урологическое обследование и хирургическое лечение.

Задача 124.

Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота. Периодически отмечается лейкоциурия до 10-30 в п/зр. На УЗИ выявлено значительное расширение чашечнолоханочной системы справа, паренхима истончена, мочеточник не прослеживается. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз справа. Показано полное урологическое обследование. Выбор оперативного лечения зависит от степени сохранности функции почки.

Задача 125.

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивного течения пиелонефрита, но ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. На цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева. Показано полное урологическое обследование. Комплексная консервативная терапия, при отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача 126.

Проводя цистографию мальчику 6 месяцев, страдающему хроническим пиелонефритом, Вы обнаружили наличие расширенных извитых мочеточников и увеличенных лоханок с двух сторон, расширение задней уретры. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Инфравезикальная обструкция, клапан задней уретры, двусторонний уретерогидронефроз. Показано полное урологическое обследование. Разрушение клапана. Выбор тактики лечения рефлюксирующего мегауретера.

Задача 127:

Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размером 12 x 8 x 5 см., туго эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончения паренхимы. 37 Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз слева. Показано полное урологическое обследование. Варианты оперативного лечения в зависимости от степени сохранности функции почки.

Задача 128.

Вы врач приемного отделения педиатрического соматического стационара. К Вам поступил ребенок 5 лет, который болен в течение недели ОРВИ. Получал амбулаторное лечение отхаркивающими средствами и внутримышечные введения пенициллина 2 раза в день. На 8 день заболевания состояние больного резко ухудшилось: ребенок стал вялым, гиподинамичным, стонет. Кожа стала бледной, отмечается цианоз носогубного треугольника. Появилась одышка (ЧД до 48 – 50 в мин). Температура тела – 39,4° С, лейкоцитоз – $18 \cdot 10^9$ /л. При перкуссии – слева притупление перкуторного звука с IV ребра вниз, границы сердца смещены вправо. Аускультативно – резкое ослабление дыхания слева.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснуйте план обследования ребенка.
3. В чем ошибка участкового педиатра?
4. Напишите направление в рентген-кабинет.

ОТВЕТ

1. Острая бактериальная деструктивная левосторонняя пневмония, левосторонний экссудативный плеврит (вероятнее всего – пиоторакс).
2. Для подтверждения диагноза необходима рентгенография грудной клетки
3. Неправильно назначена антибактериальная терапия.
4. ФИО больного, дата направления, «Рентгенография грудной клетки в двух проекциях», подпись врача.

Задача 129.

Родители обратились с ребенком одного года с жалобами на отсутствие правого яичка в мошонке. Болеет с рождения. Кроме того, у ребенка при крике, натуживании появляется

припухлость в правой паховой области, которое в покое исчезает. При осмотре никаких образований по ходу пахового канала, над лоном, на бедре не определяется. Левое яичко в мошонке, по своим параметрам в полтора раза превышает норму. При осмотре – ребенок по физическому развитию соответствует своему возрасту. Половой член обычных размеров. Общий анализ крови: Нb – 140 г/л, эритроциты 4,4 млн., тромбоциты 190 тыс., лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 2, с – 76, э – 2, лимф. – 15, моноц. – 3 %, СОЭ 14 мм/час. Анализ мочи: без патологии.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Какое обследование следует провести ребенку дополнительно?
3. Укажите срок начала лечения.
4. Какие осложнения могут развиваться в отсутствие лечения?

ОТВЕТ

1. Правосторонний крипторхизм (абдоминальная форма), правосторонняя паховая грыжа.
2. УЗИ органов брюшной полости и малого таза.
3. Возраст 1 – 2 года.
4. Нарушения сперматогенеза, озлокачествление неопущенного яичка.

Задача 130.

В районную поликлинику к педиатру пришли на прием родители с ребенком 4 лет с жалобами на отсутствие мочеиспускания в течение 8 часов. Ребенок с годовалого возраста жалуется на боли в животе. Полгода назад появилось частое болезненное мочеиспускание. Иногда обычным способом, стоя, помочиться не может. При этом мочится только «на корточках». Объективно: ребенок беспокоен, мечется. Верхушка мочевого пузыря определяется на уровне пупка. Во время попытки мочеиспускания мальчик хватается за половой член. При пальпации по ходу уретры в промежности определяется плотное образование 1,0*1,5 см.

1. Чем вызвано отсутствие мочеиспускания, анурией или острой задержкой мочи?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если Вы считаете, что ребенок должен быть переведен в областную больницу, то, что необходимо сделать перед переводом ребенка в специализированный стационар?

ОТВЕТ

1. Острая задержка мочи.
2. Мочекаменная болезнь, камень уретры.
3. Удаление камня уретры в условиях специализированного детского хирургического стационара.
4. Надлобковая пункция мочевого пузыря.

Задача 131.

Мальчик 11 лет поступил в приемное отделение через 2 часа после того, как был сбит машиной. При поступлении общее состояние тяжелое, АД – 100/60 мм рт. ст. пульс 118 уд в мин., удовлетворительных качеств. При объективном осмотре: ребенок бледный, жалуется на боль в поясничной области слева. Там же кожные ссадины. При пальпации в данной области определяется тестоватое образование мягких тканей, резко болезненное, неподвижное. Поколачивание в поясничной области слева резко болезненно. Ребенок помочился в приемном отделении – моча окрашена кровью. Повреждения других органов и систем не обнаружено. Общий анализ крови: Нb – 110 г/л, цветной показатель крови 0,8,

эритроциты 3,22 млн., тромбоциты 308 тыс., лейкоциты – $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 12%, с – 38%, э – 5%, моно. – 14%, лимф. – 30%, СОЭ 12 мм/час.

1. Ваше мнение о предположительном диагнозе?
2. Какие исследования необходимы ребенку по скорой помощи?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Травматический разрыв левой почки.
2. УЗИ, экскреторная урография, РКТ (при наличии).
3. Оперативное лечение – люмботомия и опорожнение урогематомы (гематомы); в зависимости от характера повреждения: ушивание разрыва с дренированием лоханки и околопочечного пространства или нефрэктомия.

Задача 132.

В стационар поступил ребенок 3 лет с приступообразными болями в области правой почки, сопровождающимися рвотой и подъемом температуры. Болен в течение года, частота приступов 2 раза в месяц. Длительность от нескольких часов до нескольких суток. Стихают после применения спазмолитиков и обезболивающих. Объективно правая почка не увеличена, болезненная. Симптом Пастернацкого положительный справа. Общий анализ крови: Нв – 145 г/л, эритроциты 4,22 млн., тромбоциты 3,08 тыс., лейкоциты – $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 15 мм в час. Анализ мочи: белок (-), эритроциты – 10 – 15 в поле зрения, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения. После проведения консервативных мероприятий боли стихли и ребенку произведена обзорная и внутривенная урография. На обзорном снимке теней конкрементов нет. На внутривенных урограммах правая почка выделяет контрастное вещество замедленно. Имеется расширение лоханки правой почки. Со стороны левой почки патологии не обнаружено.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Какие лечебные мероприятия применяются при почечной колике?
3. Можно ли проводить рентген контрастное исследование до снятия почечной колики?

ОТВЕТ

1. Почечная колика справа, вызванная вероятнее всего мочекаменной болезнью (конкремент рентгеннегативен).
2. Введение спазмолитических, обезболивающих средств; местно – тепло на поясничную область.
3. Проведение данного исследования возможно, но при полном блоке поражённой почки оно может быть неинформативным.

Задача 133.

При обследовании ребенка 6 лет с патологией в общем анализе мочи (удельный вес – 1020, цвет мочи желтый, мутная; белок 0,66 ‰, лейкоциты сплошь покрывают поле зрения) при экскреторной урографии выявлено, что одна из почек не выделяет контрастное вещество. Какими причинами может быть вызвано отсутствие выделения контраста одной из почек?

1. Какими причинами может быть вызвано отсутствие выделения контраста одной из почек?

2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ

1. Нарушение клубочковой фильтрации вследствие гибели паренхимы почки.
2. УЗИ почек, ретроградная пиелография, РКТ почек.
3. Гидронефроз, поликистоз, мультикистоз.

Задача 134.

На прием к участковому педиатру пришла мать с ребенком 3 мес. Согласно выписке из роддома у девочки определялся положительный симптом Маркса-Ортолани слева. Было рекомендовано обратиться за консультацией к детскому ортопеду. Жалобы на асимметрию кожных складок. При осмотре выявляется ограничение отведения левого бедра, асимметрия кожных складок слева, укорочение левой нижней конечности.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какое укорочение конечности может встречаться при этом заболевании?

3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование тазобедренных суставов?
4. В каком положении ребенка производится рентгенологическое обследование?

ОТВЕТ

1. Врожденный вывих бедра слева.
2. Относительное.
3. Необходимо.
4. Бёдра параллельны друг другу, голени свешены с края стола.

Задача 135.

В приемное отделение доставлена девочка 1 года, которая 3 часа назад выпила около 30 мл уксусной эссенции. Больная возбуждена, жалуется на боль во рту, за грудиной, в эпигастриальной области. Отмечается рвота с примесью крови, изо рта резкий запах уксуса. КОС – pH – 7,36, pO₂ – 82 мм рт ст, pCO₂ – 39 мм рт ст, BE – 4,8 Ед, глюкоза крови 5,6 ммоль/л, АЛат – 287 ммоль/л, Асат ммоль/л – 304, тимоловая проба – 3 ед, мочевины крови – 12 ммоль/л, креатинин – 0,08, амилаза крови – 6 мг/сек/л, общий белок – 65 г/л., Hb – 138 г/л, Ht – 0,42, лейкоциты крови – 9,0 * 10⁹/л. Анализ мочи: концентрированная, желтого цвета, уд.вес. – 1021, неизмененные и измененные эритроциты – 10- 15 в поле зрения, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши неотложные мероприятия?
3. Тактика предупреждения осложнений?

ОТВЕТ

1. Химический ожог пищевода.
2. Промывание желудка; внутрь жирогормональная смесь; гемостатики; антибактериальная терапия; в/в инфузия глюкозо-новокаиновой смеси.
3. Эзофагоскопия на 3-5 сутки после ожога. Бужирование пищевода с 7-го дня.

Задача 136.

Больной К., 5 лет, заболел 7 дней назад, когда родители мальчика заметили в правой паховой области припухлость, которая постепенно увеличивалась в размерах. Гипертермии родители не отмечали. Поведение мальчика не изменилось, беспокойства в течение 6 дней опухолевидное образование в паховой области ребенку не доставляло. На 7 день заболевания мальчик предъявил жалобы на умеренную болезненность в правой паховой области. При обращении к врачу поликлиники был поставлен диагноз правосторонняя паховая грыжа и больной направлен в хирургический стационар для планового хирургического лечения. В приемном отделении $t\ 37,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре выявлено, что припухлость в правой паховой области $3 \times 5\text{ см}$, плотной консистенции, болезненная, с кожей не спаяна, подвижная. Кожа над припухлостью не изменена. В брюшную полость припухлость не вправляется. Яичко в правой половине мошонки $2 \times 2\text{ см}$, безболезненное. В анализе крови выявлено: лейкоциты $12,0 \times 10^9/\text{л}$. п – 6, с – 82, э – 1, лимф – 15, лимф – 6%. В анализе мочи патологии не выявлено.

1. Какой диагноз Вы поставите этому больному?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать это заболевание.
3. Укажите правильную тактику лечения.
4. Дайте оценку действий врача поликлиники.

ОТВЕТ

1. Гнойный паховый лимфаденит справа.
2. Паховая грыжа справа, киста правого семенного канатика.
3. Операция в экстренном порядке, консервативная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Недооценка клинических данных (недостаточно собран анамнез-отсутствие грыжи ранее, острое начало заболевания; не осмотрена мошонка, неправильно интерпретированы данные пальпации образования, не обследовано поверхностное паховое кольцо).

Задача 137.

На приеме у врача стационара ребенок 3 лет. Жалобы матери на беспокойство ребенка, потерю аппетита в течение 2 дней, снижение физической активности. Гипертермия до $38,3^{\circ}\text{C}$, рвота 3 раза желудочным содержимым в первые сутки болезни. Стул ежедневный разжиженный, крови и слизи нет. Отмечалось болезненное мочеиспускание. При осмотре ребенок вялый, капризный. Кожа бледная. Тургор мягких тканей сохранен. Пульс 120 уд в мин. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Живот вздут, реберные дуги контурируются неотчетливо, в дыхании отстают нижние отделы; при пальпации болезненность над лоном, защитное мышечное напряжение; перистальтика кишечника не выслушивается. Выявляются перитонеальные симптомы в гипогастрии.

1. Предположительный диагноз?
2. Каким образом провести полноценный осмотр живота у данного ребенка?
3. Какие методы дополнительного обследования показаны в этом случае?
4. Какое исследование нужно провести для постановки правильного диагноза?

ОТВЕТ

1. Острый деструктивный аппендицит (возможно тазовое расположение отростка), перитонит.
2. Осмотр во время медикаментозного сна (парентеральное введение реланиума, сибазона, диазепама).

3. Общий анализ крови (включая гематокритное число), обзорная рентгенография и УЗИ брюшной полости.
4. Пальцевое ректальное исследование.

Задача 138.

На 3 сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита у больной С., 10 лет, рвота желудочным содержимым с примесью «зелени». Отмечалась задержка отхождения газов. При осмотре кожа умеренно бледная, пульс 100 уд в мин. Живот вздут равномерно, реберные дуги плохо контурируются, в акте дыхания живот участвует ограничено. При пальпации: болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена, шумы «падающей капли» и «шприца» не выслушиваются. При перкуссии тимпанит во всех отделах. В анализе крови лейкоциты $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 4, с- 72, э – 2, лимф. – 20, моноц. – 4. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования показаны для уточнения диагноза в этом случае?
3. При правильном установлении диагноза, Ваша тактика лечения данного больного.

ОТВЕТ

1. Послеоперационная динамическая паретическая непроходимость пищеварительного тракта.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении больной; УЗИ брюшной полости.
3. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, питуитрин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 24 часов – оперативное лечение (интраоперационная декомпрессия ЖКТ, подвесная энтеростомия).

Задача 139.

На 14 сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита у больного К., 11 лет, рвота желудочным содержимым. Отмечалась задержка отхождения газов. Стула не было. При осмотре больного кожа умеренно бледная, пульс 110 уд в мин. Живот вздут равномерно, в акте дыхания участвует ограничено, выявляется видимая перистальтика петель кишечника. При пальпации живота боль во всех отделах, выслушиваются шумы «падающей капли» и «шприца». При перкуссии тимпанит во всех отделах. На обзорной рентгенографии живота раздутые петли кишечника, уровни жидкости. В анализе крови лейкоциты $9,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 4, с- 72, э – 2, лимф. – 20, моноц. – 4. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. С каким осложнением послеоперационного периода следует дифференцировать данное состояние у больного?
3. Какова лечебная тактика у данного больного?

ОТВЕТ

1. Послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость.
2. Паралитическая непроходимость как следствие продолженного перитонита.

3. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 12 часов – оперативное лечение.

Задача 140.

Во время осмотра педиатром неонатологом новорожденных детей в детском отделении роддома у ребенка 3-х суток жизни обнаружена гиперемия, инфильтрация кожи в лопаточной области. При пальпации этой зоны ребенок проявляет беспокойство, гиперемия не исчезает. При повторном осмотре через 4 часа очаг гиперемии и инфильтрации увеличился вдвое, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$ ребенок стал вялым, отказывается от груди. Кожные покровы умеренно бледные. В анализе крови лейкоциты $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$. п – 8, с – 85, э – 0, лимф. – 5, мон. – 2%, СОЭ – 20 мм/час.

1. Ваш диагноз?
2. Правильна ли тактика врача неонатолога в этом случае?
3. С какими заболеваниями в данном случае проводится дифф. диагностика?

ОТВЕТ

1. Некротическая флегмона новорождённого.
2. Неправильна,
3. При первом выявлении участка гиперемии кожи необходимо было организовать консультацию хирурга. Рожистое воспаление, асептический некроз подкожно-жировой клетчатки.

Задача 141.

У ребёнка месячного возраста отсутствует с рождения самостоятельный стул, добиться появления стула возможно лишь после очистительной клизмы. Раз в 3-4 дня отмечается рвота небольшим количеством желудочного содержимого с примесью зелени. Ребёнок вялый, капризный. Из анамнеза: беременность первая, без осложнений, роды в срок, вес при рождении 3300, в течение месяца инфекционных заболеваний не отмечалось. Объективное обследование: состояние средней тяжести. Кожа чистая, обычного цвета. Дыхание пуэрильное, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот увеличен в объёме, мягкий, безболезненный, пальпаторно определяются увеличенные в объёме, заполненные содержимым петли кишечника. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции - равномерное газонаполнение кишечных петель. Ваш предположительный диагноз?

1. Предполагаемая методика дополнительного обследования?
2. Какова подготовка к этому обследованию?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, субкомпенсированная форма.
2. Ирригография.
3. Опорожнение кишечника с помощью сифонной клизмы.

Задача 142.

В хирургическое детское отделение поступил ребёнок через 6 часов после рождения. Роды срочные, вес при рождении 3400, закричал сразу. При осмотре: на передней брюшной стенке: объёмное образование, покрытое блестящей прозрачной оболочкой, через которую видны петли кишечника. Размеры образования $4 \times 4 \times 4$ см, от его верхнего полюса отходит

пуповинный остаток. Другой сочетанной патологии при объективном обследовании ребёнка не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика дальнейшего обследования?
3. Тактика дальнейшего лечения?

ОТВЕТ

1. Грыжа пупочного канатика.
2. Дальнейшее обследование имеет целью определение соответствия объёма брюшной полости органам, входящим в состав грыжи. Для этого производится ручное вправление грыжевого выпячивания.
3. При соответствии объёма брюшной полости грыжевому содержимому (при вправлении не нарастают цианоз, одышка, тахикардия) – радикальная операция. При несоответствии – операция Гросса, операция с применением полимерных материалов либо консервативное лечение.

Задача 143.

В детскую хирургическую больницу доставлен ребёнок 4-х месячного возраста. Жалобы матери: 4 часа назад ребёнок безо всяких видимых причин начал периодически беспокоиться, кричать, «сучить ножками»; приступы беспокойства чередуются со «светлыми промежутками», отмечалась однократная рвота. После очистительной клизмы патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции: резкое обеднение газом брюшной полости, на фоне чего определяется единичная наполненная газом петля кишки 2х6 см в мезогастрии.

1. Предположительный диагноз?
2. Предлагаемые дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Кишечная инвагинация.
2. Ирригография с воздухом, УЗИ брюшной полости.
3. Консервативное расправление инвагинации.

Задача 144.

К вам обратились родители с ребёнком 2-х летнего возраста. Со слов матери во время прогулки ребёнок споткнулся, при этом мать удержала его от падения за вытянутую руку, услышав щёлкающий звук. После этого движения в данной конечности отсутствуют, ребёнок жалуется на боли в этой руке. Объективно: правая рука висит вдоль туловища, других визуальных патологических изменений нет. Пальпация ключицы, плеча безболезненны. Движения в локтевом суставе болезненны. Рентгенограммы данного локтевого сустава без патологии.

1. Ваш диагноз?
2. Методика лечения?
3. Какие рекомендации Вы дадите родителям?

ОТВЕТ

1. Пронационный подвывих головки лучевой кости.
2. Консервативное вправление подвывиха.
3. Соблюдать осторожность и не водить ребёнка за больную руку.

Задача 145.

Мальчик 12 лет доставлен в детский хирургический стационар через 2 часа после травмы: упал, катаясь на велосипеде, ударившись верхним отделом живота о руль. После травмы беспокоят интенсивные боли в верхних отделах живота, однократная рвота съеденной пищей. Объективно: состояние средней тяжести, пальпация живота болезненна в эпигастрии, где выявляется защитное мышечное напряжение, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Пульс 88 уд. мин., удовлетворительных качеств. АД-110/75 мм рт ст. Рентгенография брюшной полости - без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Травматическое повреждение поджелудочной железы.
2. Общий анализ крови; исследование амилазы крови и мочи; УЗИ органов брюшной полости.
3. В/в введение ингибиторов протеаз (гордокс, контрикал), холод на эпигастрий. Если в динамике определяется нарастание перитонеальных явлений, повышение уровня амилазы крови – лапаротомия с ревизией поджелудочной железы (вскрытие сальниковой сумки).

Задача 146.

Родители 6-тилетней девочки обратились к хирургу поликлиники по поводу выделений свежей крови в конце акта дефекации на протяжении последнего месяца. Других жалоб нет. Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот мягкий, безболезненный. При ректальном обследовании на глубине 3 см на 11 часах определяется умеренно подвижное безболезненное образование 1,5х1,5 см; на извлечённом пальце - скудное количество алой крови.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Полип прямой кишки.
2. Ректороманоскопия, колоноскопия.
3. Оперативное удаление полипа.

Задача 147.

Вас вызвали на консультацию в роддом к ребёнку 2-хсуточного возраста. Родился от 3 беременности, протекавшей с гестозом 2 половины. Роды путём кесарева сечения. Реанимационные пособия не оказывались. В конце первых суток началась рвота с примесью «зелени», повторившаяся в начале 2 суток. Меконий самостоятельно не отходил; после очистительной клизмы: скудный сероватый стул. Объективно: живот

умеренно увеличен в объёме в эпигастрии, мягкий, безболезненный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции: 2 газовых уровня в верхних отделах на фоне резкого обеднения газом остальной брюшной полости.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая обтурационная кишечная непроходимость (препятствие ниже Фатерова сосочка).
2. Рентгенография ЖКТ с водорастворимым контрастом (ультравист, верографин).
3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки, длительность которой зависит от степени дегидратации: 1 ст. – 3 часа (регидратация), 2 ст. – 12 часов (регидратация, восполнение нормальных суточных потребностей и патологических потерь), 3 ст. – 24 часа (регидратация, восполнение нормальных суточных потребностей и патологических потерь).

Задача 148.

Мальчик 7 лет упал 2 часа назад с 3-хметровой высоты, ударившись животом о камень. После травмы беспокоят разлитые боли в животе, двукратная рвота. При поступлении: состояние тяжёлое, бледный. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 140 уд. мин., несколько ослабленного наполнения и напряжения. АД- 80/40 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, напряжён, с выраженными перитониальными симптомами. Перкуторно - исчезновение печёночной тупости. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз- $18 \cdot 10^9/\text{л}$, остальные показатели в пределах нормы.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимые дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Травматический разрыв полого органа брюшной полости.
2. Рентгенография грудной клетки и брюшной полости вертикально в прямой проекции (при невозможности – горизонтально в боковой проекции).
3. Экстренная лапаротомия.

Задача 149.

Девочка 20 дневного возраста поступила в стационар по поводу выделения из пупочной ранки мутного желтоватого отделяемого с 6 дня жизни. Объективно: общий статус ребёнка не страдает. При осмотре пупка: скудное желтоватое отделяемое. После туалета пупка выявлено точечное отверстие на дне пупочной ранки; введённый в него пуповчатый зонд проходит на 4 см в сагиттальном направлении.

Предположительный диагноз?

1. Возможное дополнительное обследование?
2. Тактика лечения и его сроки?

ОТВЕТ

1. Полный пупочный свищ (нарушение облитерации желточного протока).
2. Фистулография.
3. Оперативное лечение (лапаротомия, иссечение свища) в плановом порядке до месячного возраста.

Задача 150.

В приёмное отделение детского хирургического стационара обратились родители с ребёнком 1,5-месячного возраста. Неделю назад появились срыгивания, через 2 дня перешедшие в частую рвоту створоженной пищей с кислым запахом. В течение данной недели не прибавляет в весе, отмечено урежение стула и мочеиспускания. Объективно: состояние средней тяжести, подкожно-жировой слой выражен недостаточно, тургор его снижен. Сердечно-лёгочная система без особенностей. Живот умеренно вздут в эпигастрии, что чередуется с периодически возникающим вздутием в правом мезогастрii; мягкий, безболезненный.

Предположительный диагноз?

1. Дополнительные обследования?
2. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Врождённый пилоростеноз.
2. ФЭГДС, при сомнении в диагнозе – рентгенография ЖКТ с бариевой взвесью.
3. Оперативное лечение (пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту) после предоперационной подготовки (регидратация, восполнение жизненных потребностей и патологических потерь) в течение 2-3 дней.

Задача 151.

Девочка, 8 лет, катаясь на санках, ударила голову о дерево. Отмечалась кратковременная, в течение 1 мин., потеря сознания. После травмы беспокоит головная боль, головокружение, 3 раза рвота. Девочка вялая, гиподинамична. В левой теменной области болезненная припухлость мягких тканей. Зрачки D = S, реакции, прямая и содружественная, живые. Правая носогубная складка сглажена. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы D = S живые. Патологических рефлексов нет. Ригидность затылочных мышц – 3 см; симптом Кернига 160°. Данные люмбальной пункции: ликворное давление 170 мм вод. ст. блокады ликворных путей нет. Количество полученного ликвора 4 мл; цвет светло-розовый. Цитоз $14 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты изменённые $666 \cdot 10^9/\text{л}$, белок 0,198 г/л. Анализ крови: Hb – 158 г/л, Ht – 0,46; лейкоциты – $19,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 3 мм в час. На краниограммах в двух проекциях в левой теменной области выявляется просветление длиной 6 см, шириной 0,2 см.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Тактика лечения. Какие врачебные назначения необходимы ребёнку при поступлении в стационар?

ОТВЕТ

1. Ушиб головного мозга, закрытый перелом левой теменной кости, субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консервативное лечение в течение 4-х недель: постельный режим, краниocereбральная гипотермия (в первые дни), седативная, антибактериальная, гемостатическая терапия, по

показаниям - диуретики. Назначение препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и обменные процессы в головном мозге (ноотропил, актовегин, пирацетам, циннаризин).

Задача 152.

У девочки 6 мес мать заметила быстрое увеличение головы в размерах (за 1 мес 3 см в окружности), выбухание большого родничка. Ребенок с рождения наблюдается у невропатолога по поводу перинатальной энцефалопатии, гипертензионного синдрома. Получал дважды курсы ноотропных препаратов, дегидратационную терапию. Состояние средней тяжести. Ребенок беспокоен, в приемном отделении однократная рвота. $t - 36,6^{\circ} \text{C}$, пульс 136 уд в мин, окружность головы 47 см, большой родничок $1,5 * 1,5 \text{ см}$ выбухает, напряжен. Зрачки $D = S$. Симптом Грефе положительный. Нистагма нет. Мышечный тонус конечностей снижен. Патологических рефлексов нет. Ребенок отстает в психомоторном развитии. На краниограммах в двух проекциях расхождение швов черепа.

При УЗИ головного мозга выявляется венрикуломегалия. Толщина мозгового плаща 1,8 см., силвиев водопровод прослеживается на всем протяжении. При люмбальной пункции: ликворное давление 220 мм вод. ст., ликвор прозрачный, цитоз $1,0 * 10^9/\text{л}$, белок 0,140 г/л.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Методы дополнительного обследования?
3. Тактика лечения больной?

ОТВЕТ

1. Гидроцефалия, сообщающаяся форма, стадия гипертензионного криза.
2. Ликвородинамические пробы; РКТ, МРТ головного и спинного мозга.
3. Консервативное лечение (дегидратационная терапия, мочегонные, спазмолитики), при неэффективности – шунтирующие операции (люмбо-перитонеальное шунтирование).

Задача 153.

В приемное отделение больницы поступил ребенок 3 лет. До этого лечился в течение пяти дней у участкового педиатра по поводу ОРВИ. Со слов родителей в день поступления с утра резко ухудшилось самочувствие, внезапно повысилась температура тела до 38°C , появилась одышка. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, заторможен, катаральные явления со стороны носоглотки. Отмечается одышка ($\text{ЧД} - 52$ в мин), в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. При аускультации – дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено. Отмечается тахикардия (138 в мин). В крови лейкоциты $15 * 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом. СОЭ – 35 мм в час. Гипопротеинемия. На рентгенограмме: просветление правого верхнего легочного поля, правое легкое поджато к корню, ниже определяется затемнение с горизонтальным уровнем, синус не дифференцируется. Средостение смещено влево. Межреберные промежутки расширены на стороне поражения.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.

ОТВЕТ

1. Правосторонняя бактериальная деструктивная пневмония, пиопневмоторакс справа.

2. Плевральная пункция.

а) воздействие на макроорганизм (посиндромная терапия); б) на микроорганизм (воздействие на возбудителя); в) местное лечение – пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау (при отсутствии эффекта – активная аспирация, поисковая окклюзия бронха, видеоторакоскопическая окклюзия бронхо-плеврального свища).

Задача 154.

В ЦРБ к дежурному врачу педиатру доставлен ребенок 7 дней с жалобами на приступы цианоза и одышки, усиливающиеся после кормления. При осмотре: запавший

«ладьевидный» живот, выбухание левой половины грудной клетки. При перкуссии

определяется тимпанит над левым легочным полем, смещение границ сердца вправо.

Аускультативно – слева резкое ослабление дыхания и «шум плеска», тоны сердца

выслушиваются над правой половиной грудной клетки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваши неотложные мероприятия?
4. Какова Ваша лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Левосторонняя ложная диафрагмально-плевральная грыжа.
2. Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в прямой проекции, рентгенография органов ЖКТ с водорастворимым контрастом.
3. Помещение больного в кювез с приподнятым головным концом, оксигенотерапия с помощью ИВЛ.
4. Экстренная консультация детского хирурга.

Задача 155.

Среди пострадавших в автомобильной аварии девочка 7 лет, которую Вы, врач скорой помощи, осматриваете на месте происшествия. Ребенок в сознании, жалобы на боль в левой ноге. Встать не может. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания без патологии. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Движения в левой ноге отсутствуют, последняя слегка согнута в коленном суставе. Бедро укорочено, определяется деформация его и резкая болезненность в средней трети.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику врача скорой помощи.
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Тактика хирурга стационара, её обоснование.

ОТВЕТ

1. Замкнутый перелом левой бедренной кости в 1/3 со смещением отломков.

2. Медикаментозное обезболивание, иммобилизация левой нижней конечности шиной Дитерихса, транспортировка в детский травматологический хирургический стационар.
3. Рентгенографическое исследование. Обезболивающие препараты (в том числе и введение 0,25% р-ра новокаина в посттравматическую гематому); скелетное вытяжение на раме Балканского (проведение спицы Киршнера через дистальный метафиз бедра).

Задача 156.

В приемное отделение хирургического корпуса доставлена девочка 5 лет. Со слов матери заболевание началось остро 5 часов назад, поднялась температура тела до 39 градусов, появились боли в животе, дважды была рвота съеденной пищей. В лёгких везикулярное дыхание. Хрипов нет. Умеренная тахикардия. Живот – умеренно вздут. При пальпации – резкая болезненность в подвздошных областях, ригидность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота. При осмотре наружных малых половых губ их гиперемия, гнойные выделения из влагалища.

При исследовании периферической крови – лейкоциты $18 \cdot 10^9$ /л, Hb – 120г/л, Ht – 0,30.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков генез данного заболевания?
3. Неотложная лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Пельвиоперитонит, вызванный сальпингитом..
2. Восходящая инфекция вследствие кислой среды и отсутствия нормальной микрофлоры во влагалище. Оперативное лечение лапароскопическим или лапаротомическим методом. Санация брюшной полости и полости малого таза, при необходимости их дренирование. Аппендэктомия вследствие облигатного вторичного аппендицита.

Задача 157.

Мальчик 12 лет, во время тренировки, 3 дня назад выполнял упражнение «шпагат». Накануне поступления, ночью, отмечалось повышение температуры до 39°C , сильные боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся при нагрузке. При осмотре в поликлинике: состояние больного средней тяжести. Температура тела – 38°C . При ходьбе щадит больную конечность, хромота. Пришедший по вызову врач поликлиники назначил больному противовоспалительную терапию (аспирин, полуспиртовые компрессы на область сустава, таблетированный антибиотик), поставил диагноз: «Растяжение связок тазобедренного сустава», оставил больного на амбулаторном лечении. Ночью боли в суставе усилились, отмечался подъем температуры до 40°C . Вызван врач скорой помощи. Больной доставлен в хирургический стационар. Объективно: состояние – тяжелое. Выражены симптомы интоксикации. Температура тела – 39°C . В легких – жесткое дыхание. Одышка до 30 в мин. На рентгенограмме грудной клетки – явления двусторонней полисегментарной пневмонии. Правая нижняя конечность находится в вынужденном положении: полусогнута в коленном суставе, слегка ротирована. Правая паховая складка сглажена. Активные и пассивные движения в тазобедренном суставе резко болезненны, ограничены, особенно – ротационные. На рентгенограмме костей таза и тазобедренных суставов патологии нет. Анализ периферической крови – лейкоциты – $20 \cdot 10^9$ /л, Hb – 109 г/л, Ht – 0,42.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваше мнение о действиях врача поликлиники.
3. Вы врач стационара? Ваши лечебные мероприятия?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит шейки правой бедренной кости, септикопиемическая форма; двухсторонняя септическая пневмония.
2. Недооценка клинических симптомов, которые указывают не на травматическое, но на воспалительное поражение бедренной кости.
3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии. После посиндромной предоперационной подготовки – оперативное лечение (остеоперфорации поражённого отдела бедренной кости).

Задача 158:

Ребенок, 8 дней, поступает в приемное отделение хирургического стационара. Со слов матери, 2 дня назад ухудшилось состояние: ребенок стал беспокойным, ухудшился аппетит, появилась припухлость на правой молочной железе. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы - чистые, бледные. Ребенок - беспокоен. Температура тела-38,3. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны органов грудной клетки – патологии не выявлено. Местно: область правой молочной железы увеличена в объеме. Имеется гиперемия кожи на участке 2*2 см. При пальпации - резкая болезненность, флюктуация. Местная температура повышена.

1. Ваш диагноз?
2. Какое состояние обычно предшествует этому заболеванию?
3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Гнойный мастит справа.
2. Физиологическое нагрубание молочных желёз.
3. Экстренная операция – вскрытие гнойного очага радиальными (радиальным) разрезом (от ареолы). Назначение консервативного лечения (воздействие на макроорганизм и микроорганизм).

Задача 159.

У ребенка 2-х лет в течение 8 часов отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, 2-кратный жидкий стул, вздут живот, Температура тела -38,5⁰ С. Ребенок периодически беспокоится, плачет, хватается руками за живот. Врач скорой помощи, приехавший на вызов и осмотревший ребенка, попытался пропальпировать переднюю брюшную стенку. Ребенок на осмотр реагирует негативно, отталкивает руку, стремится перевернуться на правый бок. При этом врач констатирует выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика врача скорой помощи?
3. Вы врач приемного отделения хирургического стационара, в который доставили ребенка. Необходимые неотложные мероприятия для уточнения диагноза? План лечения?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.
 2. Перевод ребёнка в детский хирургический стационар.
 3. Осмотр ребёнка во время медикаментозного сна, ректальное пальцевое обследование (после очистительной клизмы); исследование общего анализа крови. При наличии симптомов острого аппендицита – экстренная операция; при неясности клинической картины – динамическое наблюдение (при невозможности отвергнуть диагноз экстренной хирургической патологии в течение 12 часов – экстренная операция).
- Задача 160.**

В приемное отделение хирургического стационара доставлен ребенок в возрасте 2 дней, на коже грудной клетки сутки назад появилось «пятно» цианотичного оттенка, горячее на ощупь, при пальпации ребенок кричит; пятно быстро увеличивается в размерах. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Отмечалась рвота. Температура тела - 38,2. Ребенок вялый, адинамичный. Живот вздут. Кожные покровы бледные. Стул – зеленоватого цвета, учащенный, с непереваarenными фрагментами. Анализ крови: лейкоциты – $15 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтроф.-80; палочкоядерные-15, юные-5.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача, назначьте лечение данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Некротическая флегмона новорождённого.
2. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии. После предоперационной посиндромной терапии – оперативное лечение: вскрытие флегмоны разрезами-насечками с захватом вокруглежащих здоровых тканей. Перевязки в первые 2 суток через каждые 6 часов. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 161.

Новорожденный (18 суток, мальчик) находился на лечении в отделении патологии новорожденных, куда поступил из роддома с диагнозом: ПЭП, острый период, синдром угнетения ЦНС; внутриутробное инфицирование плода. В комплексе лечебных мероприятий получал массаж верхних конечностей и шейно-воротниковой зоны. 2 дня назад массажист отметил, что правая верхняя конечность у ребенка находится в вынужденном положении: приведена к туловищу и ротирована. Активные движения в плечевом суставе ограничены, пассивные - болезненны, ребенок реагирует плачем. Область плечевого сустава отечна, пальпация болезненна. Состояние больного средней тяжести. Симптомы интоксикации умеренно выражены, Температура тела - $38,2^{\circ}\text{C}$. На сравнительной рентгенограмме плечевых суставов отмечено расширение суставной щели справа; костно-деструктивных изменений не выявлено.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Ваша тактика как педиатра соматического стационара?
- 3.Каков план неотложных лечебных мероприятий?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит правой плечевой кости.
2. Срочная консультация детского хирурга.
3. Срочная госпитализация ребёнка в детский хирургический стационар.

Посиндромная медикаментозная подготовка в течение 3 часов, пункция правого плечевого сустава, санация его (при значительном количестве гнойного выпота – дренирование сустава с помощью полимерного катетера по Сельдингеру), иммобилизация правой верхней конечности. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 162.

Девочка 4-х лет, заболела ОРВИ. Лечилась амбулаторно и через 10 дней выписана с выздоровлением. На следующий день у девочки повысилась температура тела до 39⁰ С и появились менингеальные знаки. Больная госпитализирована в инфекционное отделение. При люмбальной пункции получен мутный ликвор под давлением. В 1мл ликвора при исследовании выявлено повышенное содержание лейкоцитов с нейтрофильным сдвигом. Одновременно, у девочки развилась двусторонняя плевропневмония с правосторонним экссудативным плевритом. При плевральной пункции получено 50 мл жидкости янтарного цвета. Несмотря на массивную антибактериальную терапию, динамика течения заболевания была отрицательной. Через 4дня ребенок переведен в хирургический стационар в крайне тяжелом состоянии. Правая нижняя конечность находится в вынужденном положении: согнута в коленном суставе. Мягкие ткани голени увеличены в объеме, кожа в 2/3 по внутренней поверхности - гиперемирована. Нагрузка на конечность невозможна из-за резко выраженной болезненности.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Необходимые диагностические исследования для уточнения диагноза?
- 3.Неотложная лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит костей правой голени (вероятнее всего - большеберцовой кости), септикопиемическая форма, двухсторонняя септическая пневмония, правосторонний экссудативный плеврит, менингит.
2. Рентгенография костей правой голени и пр. коленного сустава в двух проекциях, рентгенография грудной клетки общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи; ЭКГ.
3. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детского хирургического стационара. Предоперационная посиндромная подготовка в течение 3 часов. Операция – остеоперфорации поражённой кости, дренирование параоссального пространства. Интенсивное консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 163.

У ребенка 3-х лет, в подмышечной области - опухолевидное образование-4,0*4,0 см, при пальпации плотно-эластической консистенции. Кожа над ним гиперемирована. Пальпация болезненна. Из анамнеза известно, что в квартире живет домашняя кошка, с которой ребенок играет. Общее состояние не страдает. Температура тела - 37,2⁰ С. Симптомы интоксикации не выражены. При осмотре на коже правой кисти множественные ссадины

/царапины/. Врач поликлиники назначил амбулаторное лечение: внутрь антибиотик, полуспиртовые компрессы на область поражения. В течение 3-х суток отмечена отрицательная динамика, сохраняется субфебрилитет, появилась флюктуация в подмышечной впадине.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Оценить действия врача поликлиники?
3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Острый гнойный подмышечный лимфаденит (фелиноз – болезнь «кошачьих царапин»).
2. Из-за недооценки клинических данных не диагностирован уже имевший место при первичном обращении гнойный лимфаденит. Экстренная госпитализация в детский хирургический стационар, оперативное лечение гнойного очага.

Задача 164.

Ребенок 8 лет, 6 дней назад оперирован по поводу острого деструктивного аппендицита, местного перитонита. На фоне противовоспалительного лечения наступило ухудшение состояния. Жалуется на схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи. Температура тела на субфебрильных цифрах. Живот равномерно умеренно вздут. При пальпации симптомы раздражения брюшины не выявлены. В области послеоперационной раны пальпируется опухолевидное образование, занимающее правую подвздошную и мезогастральную области. В периферической крови-лейкоцитоз- $14 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb – 105 г/л, Ht – 0,36, СОЭ – 18 мм в час.

1. Предположительный диагноз?
2. Неотложные мероприятия для уточнения диагноза?
3. Неотложные лечебные мероприятия?

ОТВЕТ

1. Послеоперационный инфильтрат брюшной полости, ранняя спаечная кишечная непроходимость.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении больного.
3. Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 24 часов – оперативное лечение (релапаротомия, разъединение спаек, наложение кишечного свища – в зависимости от интраоперационных находок).

Задача 165.

В отделении реанимации детского соматического стационара находится новорожденный ребенок /18 суток/, переведенный из отделения недоношенных. Из анамнеза известно, что

беременность у матери протекала с угрозой прерывания, гестозом 1 и 2 половины, ВУИ (внутриутробное инфицирование плода). Роды в срок 36 недель. Масса при рождении 2600 г. Оценка по шкале Апгар 5 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. Находился в течение 7 дней на ИВЛ. Сутки назад ребенок отказался от еды, отмечена многократная рвота с примесью «зелени». Объективно: состояние очень тяжелое. Из-за нестабильности дыхательной функции находится на ИВЛ. Живот резко вздут. Реберные дуги не контурируются. Передняя брюшная стенка пастозная. Кожа в нижних отделах живота гиперемирована, «лоснится». По зонду из желудка отделяемое с примесью «зелени». Из прямой кишки - слизь с прожилками крови.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные диагностические исследования?
3. Тактика врача-неонатолога?

ОТВЕТ

1. Язвенно-некротический энтероколит, перитонит, возможно – перфорация полого органа.
2. Рентгенография брюшной полости и грудной клетки в прямой проекции в вертикальном положении, при невозможности – в боковой проекции в горизонтальном положении.
3. Экстренная консультация детского хирурга. Перевод ребёнка в детский хирургический стационар в условиях реанимобиля.

Задача 166.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено развившееся в течение 6 часов ухудшение: вздутие живота, нарушения ритма дыхания с сторону тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки. Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. При перкуссии тимпанит во всех отделах живота. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника. Анализ крови: Нб -110г/л, Нт- 29, L -10 * 10⁹/л. формула крови: п- 5%, с -72%, э -1%, лимф. -15%, мон.- 7%. СОЭ -20 мм/час.

1. О каких осложнениях основного заболевания можно думать в данной ситуации?
2. Какова тактика обследования этого ребенка?
3. Лечебная тактика возможных осложнений.

ОТВЕТ

1. А) Некротически-язвенный энтероколит с перфорацией полого органа. Б) Динамическая паретическая кишечная непроходимость.
2. Рентгенография брюшной полости и грудной клетки в вертикальном положении больного (прямая проекция) для дифференциации вышеуказанных заболеваний.
3. При выявлении признаков перфорации полого органа – экстренная операция в условиях детского хирургического стационара; при диагностировании динамической непроходимости: декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма,

газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р Na Cl, прозерин, убретид), коррекция нарушений гомеостаза.

Задача 167.

Мальчик 7 лет заболел накануне вечером. Отмечалась температура до 37,3 градусов, однократная рвота, боли в животе. К утру состояние ухудшилось, боли усилились, стал вялым, бледным, отмечался 2 раза жидкий стул. Врач скорой помощи доставил ребенка в инфекционный стационар. Лежит неподвижно, на правом боку, живот в акте дыхания участвует лишь верхними отделами, на пальпацию ребёнок реагирует плачем, брюшная стенка напряжена, резкая болезненность в правой подвздошной области, лейкоцитоз 14000.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо использовать для постановки диагноза?
4. В чем ошибка врача скорой помощи?
5. Какова тактика врача – педиатра (инфекциониста)?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.
2. Боли в животе, типичная объективная клиническая картина.
3. Пальцевое ректальное обследование – по всей видимости, имеет место тазовое расположение воспалённого аппендикса.
4. Наличие жидкого стула было расценено как проявление кишечной инфекции; не учтены признаки острого аппендицита. Врач скорой помощи забыл клиническую картину тазового расположения воспалённого аппендикса.
5. Экстренная консультация детского хирурга, перевод ребёнка в детский хирургический стационар.

Задача 168.

Ребенок 2,5 лет, болен 1,5 суток. Днем ухудшилось состояние, повысилась температура до 39,5 градусов, дважды была рвота, жидкий стул. Периодически беспокоен, не дает дотрагиваться до живота. При осмотре состояние тяжелое, вялый, бледный, язык сухой. Пульс 120 уд. в минуту. Живот умеренно вздут, обследовать ребенок не дает, отталкивает руку врача, кричит. При отвлечении внимания удается определить наибольшую болезненность в правой подвздошной области, при этом, ребенок подтягивает ножку, брюшная стенка напряжена. Мочеиспускание болезненно. Был еще раз жидкий стул без патологических примесей. Вы врач педиатр, пришедший на вызов к данному ребёнку.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова тактика врача- педиатра?
3. Какие диагностические приёмы помогают в установлении диагноза острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей раннего возраста?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.
2. Экстренное направление ребёнка в детский хирургический стационар (вызывается машина скорой помощи, выписывается направление).
3. Пальцевое ректальное исследование, осмотр живота во время медикаментозного сна (реланиум, сибазон, диазепам).

Задача 169.

Ребенок 4-х лет, из гриппозного очага. Заболел остро. Заболевание началось с высокой температуры, повторной рвоты, беспокойства. Жалобы на сильные схваткообразные боли в животе. При осмотре состояние средней тяжести. Легкие катаральные явления в носоглотке. Живот равномерно вздут, мягкий, выраженная болезненность в правой подвздошной области и особенно вокруг пупка, усиливающаяся при глубокой пальпации. В положении на правом боку болезненность смещается влево. Лейкоцитоз -23000. Ребенок доставлен в детский хирургический стационар, срочно взят в операционную с диагнозом: «Острый аппендицит». Во время операции в брюшной полости обнаружено большое количество серозного выпота, увеличенные гиперемизированные лимфоузлы брыжейки тонкого кишечника, червеобразный отросток не изменен, удален.

1. Какое заболевание было у больного?
2. Какие диагностические приёмы нужно было использовать?
3. Какова должна быть тактика при этом заболевании.
4. В чем ошибка хирурга?
5. Какова тактика врача педиатра?

ОТВЕТ

1. Острый мезаденит.
2. Осмотр во время медикаментозного сна, пальцевое ректальное исследование.
3. Консервативное лечение (антибактериальная и противовоспалительная терапия) в сочетании с динамическим наблюдением.
4. Недоучёт данных анамнеза и клинической симптоматики; во время операции не был удалён и направлен на патогистологическое исследование один из изменённых лимфоузлов.
5. В случае выставления диагноза «острый мезаденит» ребёнок в любом случае должен быть направлен в детский хирургический стационар.

Задача 170.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено резкое вздутие живота, нарушения ритма дыхания в сторону тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки. Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. На коже передней брюшной стенки усиление венозного рисунка. Передняя брюшная стенка отечна, пастозна, отмечается отек наружных половых органов. При перкуссии притупление перкуторного звука в отлогах местах брюшной полости, исчезновение

печёночной тупости. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника. Анализ крови: Hb -118г/л, Ht- 29, L- $19 \cdot 10^9$ /л. формула крови: п- 8%, с- 80%, э- 0%, лимф.- 10%, мон.- 2%. СОЭ- 24 мм/час.

1. Каково Ваше мнение по полному диагнозу в данном случае?
2. Какова тактика обследования для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного осложнения?

ОТВЕТ

Язвенно-некротический энтероколит, перфорация полого органа.

2. Рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении (прямая проекция) либо в горизонтальном (боковая проекция).

3. В экстренном порядке – консультация детского хирурга, при подтверждении диагноза – экстренное оперативное лечение.

Задача 171.

Новорожденный 2 суток, находится в детском отделении роддома. Роды протекали без патологии. Родился с массой 3200 г. Закричал сразу. После первых прикладываний к груди-обильная рвота с примесью желчи. Стул в скудном количестве, сероватого цвета, отходил однократно. Живот запавший, на пальпацию живота не реагирует. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - два горизонтальных уровня газа в эпигастрии.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Тактика врача неонатолога.
- 4.Особенности транспортировки новорожденного.
- 5.Тактика лечения данного больного?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая кишечная обтурационная непроходимость.
2. Срок и характер возникшей рвоты, вид стула, данные объективного обследования, данные рентгенографии.
3. Экстренная консультация детского хирурга, перевод ребёнка в детский хирургический стационар.
4. Реанимобиль: транспортный кювез, желудочный зонд, оксигенотерапия, возвышенный головной конец.
5. Предоперационная подготовка в зависимости от степени дегидратации длящаяся: 1 ст.-3 ч (регидратация), 2 ст.-12 ч, 3 ст.-24 ч (регидратация, восполнение жизненных потребностей и патологических потерь; посиндромная терапия) с последующим оперативным лечением.

Задача 172.

Ребенок 1 суток. Родился с массой 4100. В родах- вторичная родовая слабость, стимуляция, наложение вакуумэкстрактора. Родился в асфиксии 5 баллов по шкале Апгар. Из рта и носа после родов отмечалось выделение пенистой слизи. Имеется одышка, цианоз носогубного треугольника, в легких хрипы. Меконий отходил, обычного цвета.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические манипуляции необходимо провести?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
4. Тактика врача педиатра роддома?

ОТВЕТ

1. Атрезия пищевода.
2. Катетеризация пищевода, проведение пробы Элефанта.
3. Помещение ребёнка в кювез с возвышенным головным концом, оксигенотерапия, каждые 10 мин. отсасывание отделяемого из рото- и носоглотки; при возможности - интубация трахеи.
4. Экстренная консультация детского хирурга и перевод ребёнка в детский хирургический стационар в реанимобиле (условия транспортировки – см. п.3), по окончании периода адаптации (6 часов).

Задача 173.

Ребенок 4 недель (девочка), родилась от 1 беременности массой 3250г. Роды протекали нормально. В возрасте 2-х недель появились срыгивания, а затем – периодическая рвота содержимым желудка без примесей вскоре после кормлений. В весе стала прибавлять плохо. Стул ежедневно, самостоятельный. Симптом «песочных часов» сомнительный. Ребенок направлен в хирургический стационар и оперирован с диагнозом: пилоростеноз. На операции изменений привратника не обнаружено.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какие дополнительные методы диагностики не использовались у ребенка?
3. В чем ошибка хирурга?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии, пилороспазм.
2. ФЭГДС, рентгенография желудка с бариевой взвесью.
3. Недооценка клинических данных, поспешность в осуществлении оперативного лечения.

Задача 174.

В хирургический стационар доставлен ребенок 5 лет, пострадавший в автомобильной аварии. Состояние его тяжелое. Кожа бледная. АД - 110/80 мм рт.ст. Пульс 100 уд в мин. Сознание сохранено, но на вопросы отвечает вяло, неохотно. При осмотре выявлена грубая деформация правого бедра в с/3. Конечность в вынужденном положении. Отмечается припухлость в зоне деформации. Пальпация этой зоны резко болезненна.

Анализ крови: Hb- 90г/л, Ht- 25, L- 25 * 10⁹/л. формула крови: п – 8%, с - 80%, э - 0%, лимф. -10%, мон.- 2%.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Объясните возникшую анемию.
3. Какова тактика обследования и лечения данного состояния?

ОТВЕТ

1. Замкнутый перелом правого бедра, травматический шок I ст.
2. При данной травме возможно излияние в посттравматическую гематому до 300-400 мл крови.
3. Рентгенография правого бедра с захватом обеих близлежащих суставов в 2-х проекциях, функциональное лечение – скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости.

Задача 175.

Мальчик, возраст- 3 года, упал вперед, опершись на руки. Жалобы на боль в нижней трети левого предплечья. В зоне повреждения выявляется отек мягких тканей, боль при пальпации. Движения кисти в лучезапястном суставе резко ограничены из-за боли в нижней трети предплечья. На рентгенограмме левого предплечья в двух проекциях выявлено смещение эпифиза лучевой кости относительно метафиза на половину диаметра кости.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова лечебная тактика? Дальнейшая тактика наблюдения за этим больным, сроки контрольных осмотров; чем они обусловлены?

ОТВЕТ

1. Замкнутый эпифизеолиз дистального отдела левой лучевой кости со смещением.
2. Замкнутая репозиция под общим наркозом с последующей иммобилизацией.
3. Осмотр на 2 сутки (возможность посттравматических сосудистых нарушений), осмотр на 4 сутки с контрольной рентгенографией (возможность вторичного смещения из-за спадения посттравматического отёка), осмотр с рентгенографическим исследованием по окончании сроков иммобилизации при снятой лонгете.

Задача 176.

Девочка возраста 8 лет на уроке физкультуры упала во время выполнения кувырка через голову. Отмечалась кратковременная задержка дыхания. Жалобы на боль в спине, усиливающиеся при движении позвоночника. Родители с девочкой обратились в детский травмпункт. Объективно выявлено: болезненность при пальпации и перкуссии 5 – 6 остистых отростков грудных позвонков. Осевая нагрузка на позвоночный столб болезненна в этой же зоне. Движения позвоночного столба ограничены из-за боли в зоне повреждения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие неотложные мероприятия необходимо сделать для оказания первой медицинской помощи ребенку?
3. Какова тактика обследования этого ребенка?

ОТВЕТ

1. Компрессионный перелом тел грудных позвонков.

2. Вызов машины скорой помощи, доставление ребёнка в детское травматологическое отделение в горизонтальном положении.
3. Пальпация и перкуссия остистых отростков позвонков, спондилограмма в двух проекциях.

Задача 177.

У ребенка возраста 2 дней в течение последних 6 часов отмечается рвота застойным желудочным содержимым (с примесью «зелени»). Объективно выявлено: число дыхания до 50 в мин., равномерное вздутие живота, реберные дуги не контурируются. Кожа живота не изменена. При пальпации живота передняя брюшная стенка напряжена. Глубокая пальпация затруднена из-за выраженного метеоризма. При перкуссии живота выявлен тимпанит по всем отделах. При аускультации перистальтика резко ослаблена. Меконий не отходил. Анальное отверстие сформировано правильно. Анализ крови: Hb - 190г/л, Ht- 41, L -25 * 10⁹/л. формула крови: п-8%, с-80%, э- 0%, лимф.- 10%, мон.- 2%.

На обзорной рентгенограмме живота множественные уровни жидкости и раздутые петли кишечника во всех отделах брюшной полости.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного состояния?

ОТВЕТ

1. Низкая врождённая кишечная непроходимость, перитонит.
2. Введение газоотводной трубки в прямую кишку целью проведения её в вышележащие отделы толстого кишечника, введение по ней 1% р-ра Na Cl; УЗИ органов брюшной полости.
3. Предоперационная подготовка в течение 3 часов: регидратация и посиндромная терапия; лапаротомия. Учитывая наличие перитонита, операция будет завершена наложением кишечного свища.

Задача 178.

У ребенка 9 дней во время обхода в отделении хирургии новорождённых было замечено нарушение функции правой руки (вялые движения, ограничены в объеме). При общем осмотре из пупочной ранки серозное отделяемое, гиперемии нет. В области плечевого сустава припухлость мягких тканей, сглаживающие контуры сустава. При пальпации сустава ребенок беспокоен. Температура на ощупь повышена относительно других отделов кожи. При фиксации руки к туловищу ребенок менее беспокоен. Аппетит сохранен. Анализ крови: Hb- 140г/л, Ht- 29, L- 10 * 10⁹/л. формула крови: п- 8 %, с- 72 %, э- 0 %, лимф.- 19 %, мон.- 7 %. СОЭ- 20 мм/час. На рентгенограмме области правого плечевого сустава костной патологии не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия необходимы в этом случае?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит правой плечевой кости, катаральный омфалит (по-видимому и являющийся очагом хирургической инфекции).

2. Для сравнения с поражённой стороной необходимо произвести рентгенография левого плечевого сустава. Лечение: пункция, санация и, при необходимости дренирование правого плечевого сустава тонким катетером по Сельдингеру, иммобилизация правой верхней конечности. Санация пупочной ранки. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 179.

Ребенок возраста 10 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость на уроках в школе, снижение аппетита, периодически боли в верхних отделах живота. Обратился к педиатру по месту жительства. Из беседы с родителями ребенка выявлено, что на протяжении 1 месяца у него периодически отмечается черный стул. При общем осмотре со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре живота отмечена умеренная болезненность в эпигастрии. Перитониальных симптомов нет. Опухолевидные образования пальпаторно не выявлены. Анализ крови: Hb- 90г/л, Ht- 25, L- $9,0 \cdot 10^9$ /л. формула крови: п-4 %, с-66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. Анализ мочи патологии у больного не выявил. На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Назовите отделы пищеварительного тракта, кровотечения из которых сопровождаются появлением стула чёрной окраски.
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика в данном случае?

ОТВЕТ

1. Язвенная болезнь желудка или 12перстной кишки, кровотечение из ЖКТ.
2. Пищевод, желудок, 12перстная кишка; очень редко такой стул имеет место при кровотечении из удвоенного отдела ЖКТ или дивертикула Меккеля, расположенных в тонком кишечнике (вследствие наличия в них участков слизистой желудка)
3. ФЭГДС, бактериологическое исследование для выявления *Compylobacter pylori*.
4. Консервативное лечение (антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H2-гистаминорецепторов и блокаторы протонной помпы, антибактериальное лечение).

Задача 180.

У ребенка (мальчик) 12 лет отмечена рвота алой кровью, обильная. Доставлен машиной скорой помощи в детский хирургический стационар. Общее состояние тяжелое. Кожа бледная, АД- 100/70 мм рт.ст. Пульс 100 уд в мин. Из анамнеза известно, что мальчик 2 года назад перенёс вирусный гепатит А. За неделю до рвоты у него отмечалась боль в эпигастриальной области. К врачу не обращался.

При осмотре живота последний правильной овальной формы, в дыхании участвует всеми отделами. При пальпации живота умеренная боль в эпигастриальной области, перитониальные симптомы не выявляются. Печень по краю реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки, безболезненный. Опухолевидные образования в животе пальпаторно не выявлены. Анализ крови: Hb- 90 г/л, Ht- 35, L- $9,0 \cdot 10^9$ /л. формула крови: п-4 %, с-66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии нет.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Что необходимо ещё выяснить при сборе анамнеза?

3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить и когда?
4. Лечебная тактика при данной патологии?

ОТВЕТ

1. Портальная гипертензия (вероятнее всего внутрипечёночная форма), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Не оказывались ли реанимационные пособия в послеродовом периоде (инфузии через пупочную вену), не было ли тяжёлых гнойных хирургических заболеваний органов брюшной полости (перитонит).
3. ФЭГДС в экстренном порядке.
4. Консервативная гемостатическая терапия (ингибиторы протеаз, препараты кальция, этамзилат, викасол; местно – зонд Блэкмора); при неэффективности – лапаротомия с прошиванием и перевязыванием варикозно изменённых вен или наложение сосудистых портокавальных анастомозов.

Задача 181.

Ребенок, мальчик 6 лет, жалуется на зуд и боль в области образования передней брюшной стенки, которые беспокоят его последние 2 недели. На передней брюшной стенке имеется образование коричневого цвета 2 * 2 см с шероховатой поверхностью, возвышающееся над уровнем кожи. В центре этого образования участок изъязвления 0,8 * 0,8 см с мутным отделяемым. Данное образование у мальчика отмечалось с рождения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Имеются ли показания для удаления данного новообразования?
3. Какова тактика лечения данного образования?

ОТВЕТ

1. Пигментный невус передней брюшной стенки с изъязвлением.
2. Да, т.к. изъязвление поверхности невуса является признаком возможной малигнизации.
3. Оперативное иссечение невуса с последующим патогистологическим исследованием.

Задача 182.

У ребенка сразу после рождения выявлено объемное образование в крестцово-копчиковой области размерами 10 * 6 * 5 см; образование покрыто нормальной кожей. При пальпации оно безболезненное, неоднородной консистенции (плотно-эластические участки чередуются с мягкими и грубыми плотными). Анальное отверстие сформировано правильно. Меконий отходит свободно. Анализ крови: Hb- 180г/л, Ht- 35, L- 9,0 * 10⁹/л. формула крови: п- 4 %, с- 66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. На контрастной рентгенограмме таза на фоне ирригографии с барием в двух проекциях выявляется опухолевидное образование, оттесняющее прямую кишку. Образование неоднородно: видны участки затемнения, участки костей, фрагменты, напоминающие части тела.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Расскажите о тактике лечения данной патологии, обоснуйте её.

ОТВЕТ

1. Крестцово-копчиковая тератома.

2. Оперативное лечение (удаление тератомы) в возрасте 1-2 месяцев (в зависимости от размеров тератомы и наличия осложняющих фоновых заболеваний). Тератома озлокачивается максимум в 6-месячном возрасте; затягивание операции до этого возраста рискованно – озлокачивание может наступить и раньше; в то же время оперативное лечение в новорожденном возрасте вследствие травматичности и большого объема операции может привести к негативным последствиям для жизненных функций организма непосредственно во время операции или в раннем послеоперационном периоде.

Задача 183.

Мальчик возраста 6 лет болен 6 часов. Жалобы на резкую боль в левой половине мошонки. При осмотре наружных половых органов выявлено увеличение в размерах левой половины мошонки, кожа над ней гиперемирована. При пальпации левой половины мошонки определяется боль сильной интенсивности, яичко подтянуто к корню мошонки, увеличено в размерах по сравнению с левым. Правая половина мошонки не изменена, яичко находится на дне мошонки, безболезненное при пальпации. Анализ крови: Нb- 120 г/л, Ht- 35, L- $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$. формула крови: п- 4 %, с- 66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. Анализ мочи: светло-желтая, уд. вес 1017, белка нет, лейкоциты – единичные в поле зрения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какова лечебная тактика данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Синдром отёчной и гиперемированной мошонки (неспецифический орхоэпидидимит, перекрут и некроз гидатиды Морганьи с орхоэпидидимитом, травма яичка, перекрут яичка на семенном канатике).
2. Орхоэпидидимит при эпид. паротите, аллергический отёк мошонки.
3. Экстренная операция – ревизия яичка (оперативная тактика зависит от найденной патологии).

Задача 184.

Девочка возраста 4 лет заболела 3 дня назад, когда появилась неинтенсивные боли в области пупка, сопровождающиеся тошнотой. Рвоты не было. Отмечался самостоятельный стул с кровью тёмно-вишнёвого цвета. Температура тела $37,5^0$. За медицинской помощью родители не обращались. На второй день заболевания боль прекратилась. Была однократная рвота. В рвотных массах крови нет. Из заднепроходного отверстия отмечалось выделение крови в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета. Родители с ребёнком обратились в детский хирургический стационар. Состояние тяжёлое. Температура тела $37,6^0$. Пульс 140 в мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД – 80/60 мм рт. ст. При глубокой пальпации живота ниже пупка и в правой подвздошной области отмечается умеренное защитное напряжение передней брюшной стенки, и в этой зоне наибольшая болезненность. Симптом Менделя и Щеткина–Блюмберга положительны в этих же областях. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном обследовании выявлено наличие в прямой кишке тёмно-вишнёвой крови. Лейкоциты $11,0-5 \cdot 10^9/\text{л}$. Нb – 78 г/л.

1. Ваше мнение по диагнозу?

2. Какие дополнительные методы исследования применимы в данном случае?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Кровотечение из дивертикула Меккеля, сопровождающееся деструктивным дивертикулитом.
2. Лабораторное обследование: определение количества эритроцитов и гематокрита, коагулограмма. УЗИ органов брюшной полости.
3. Экстренное оперативное лечение (удаление дивертикула Меккеля) после предоперационной подготовки в течение 3 часов (регидратация, посиндромная терапия) на фоне переливания эритроцитарной массы.

Задача 185.

У мальчика 6 мес. года после выписки из роддома пупочная ранка не зажила, видны патологические грануляции. Общее состояние ребенка не страдает. Периодически из пупочной ранки появляется серозно-геморрагическое отделяемое, отек и легкая гиперемия мягких тканей вокруг. При пальпации в толще брюшной стенки по средней линии от пупка книзу определяется уплотненный шнуровидный тяж длиной до 3 см. при разведении кожи пупка определяется точечное отверстие, зонд проводится на глубину до 1,5 – 2 см. по направлению к лону.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данной патологии?

ОТВЕТ

1. Неполный пупочный свищ (незаращение урахуса).
2. Склерозирующая терапия (введение в свищ 5-10% р-ра Ag No3) в течение 2 недель ежедневно, при отсутствии эффекта плановое оперативное лечение – иссечение свища.

Задача 186.

Девочка возраста 1 года 8 мес поздно начала ходить. Походка «утиная». Физическое развитие соответствует возрасту. Хронических заболеваний нет. До этого осмотры хирурга и ортопеда в поликлинике по месту жительства проходила регулярно. Родители с ребёнком обратились к детскому ортопеду стационара. При осмотре: живот несколько отвисает, область проекции тазобедренных суставов деформирована за счет выбухания больших вертелов. Усилен поясничный лордоз. Ограничено отведение бедер, остальные движения бедер в полном объеме. Дно скарпова треугольника пусто. Пульс на большеберцовых артериях не исчезает при попытке сдавить сосудистый пучок под пупартовой связкой. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данного заболевания?
3. Ваша оценка предшествующих профилактических осмотров детского хирурга и ортопеда.

ОТВЕТ

1. Врождённый вывих бедра с двух сторон.
2. 1 этап: тенотомия мышц аддукторов бедра и скелетное вытяжение за дистальные метафизы бёдер для низведения головки бедра на уровень вертлужной впадины; 2 этап: закрытое вправление вывихов с фиксацией этапными гипсовыми повязками, при отсутствии эффекта – открытое вправление вывихов.

3. Не диагностированный до данного возраста вывих говорит о низкой профессиональной квалификации этих специалистов.

Задача 187.

Девочка возраста 3 месяцев, поступила в детский хирургический стационар. Жалобы на срыгивания и рвоту, иногда “фонтаном”, с 4 – 5 дня рождения, не каждый день. Вес при рождении 3200 грамм; при поступлении в стационар 4800 грамм. В рвотных массах иногда отмечается небольшая примесь желчи, других патологических примесей нет. Гипотрофия 1- 2 степени. Тургор клетчатки и кожи несколько понижен. Живот умеренно увеличен в объёме. Видимой на глаз перистальтики нет. Стул 1 – 2 раза в сутки. Мочеиспускание 6 – 8 раз в сутки.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие заболевания могут вызывать данную клиническую картину?
3. Укажите необходимые для уточнения диагноза дополнительные методы исследования.
4. Какова тактика лечения заболеваний, которые могут вызвать данную клиническую картину?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии.
2. Возможно наличие высокой врождённой рецидивирующей обтурационной кишечной непроходимости, пилороспазм.
3. ФЭГДС, рентгенография желудка и 12перстной кишки с барием.
4. Лечение халазии кардии консервативное (антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H₂-гистаминорецепторов и блокаторы протоновой помпы, антибактериальное лечение), также как и пилороспазма (дробное питание, введение внутрь за 5 мин до кормлений по 1 кап 0,1% р-ра атропина). Данные заболевания зачастую сочетаются. Высокая рецидивирующая кишечная непроходимость лечится оперативно в плановом порядке по установлению диагноза.

Задача 188.

Вы участковый врач педиатр, пришедший по вызову к девочке возраста 9 лет. Ребёнок жалуется на боль в животе в течение последних суток без определенной локализации, но чаще всего концентрирующейся в области пупка. От применяемого тепла боль снижается в интенсивности. Дважды была рвота. Стул после клизмы. Температура тела 38,6⁰. Зев гиперемирован. Миндалины увеличены, разрыхлены. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы (до 0,5 см в диаметре) подвижные, безболезненные. Живот не вздут, симметричный. При поверхностной пальпации отмечается умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и разлитая болезненность. При глубокой пальпации определяется выраженная болезненность в области пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Менделя отрицательные во всех отделах живота. В отлогих местах брюшной полости свободная жидкость не определяется. Дизурических явлений нет. Лейкоциты 18,4 * 10⁹/л., в моче следы белка, лейкоциты 3 – 5 в поле зрения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие заболевания могут вызвать данную клиническую картину?
3. Ваша тактика как участкового педиатра?

ОТВЕТ

1. Острый мезаденит, ОРВИ.

2. Острый аппендицит (медиальное расположение отростка), инфекция мочевыводящих путей.
 3. Экстренное направление на консультацию в детский хирургический стационар (вызов машины скорой помощи, написание направления).
- Задача 189.**

Мальчик 1,5 лет. Болен с рождения. В правой паховой области имеется выпячивание округлой формы. Мошонка недоразвита. Кожа не изменена. Выпячивание плотноватой консистенции, слегка болезненно при пальпации, в брюшную полость не вправляется. Правая половина мошонки “пустая”. Симптом просвечивания отрицательный. Наружное паховое кольцо расширено. Симптом “кашлевого толчка” положительный. Общее состояние не страдает.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данного состояния, в чём заключается лечение?
3. Какие осложнения возникают в отсутствии лечения?

ОТВЕТ

1. Правосторонний крипторхизм (ингвинальная форма).
 2. В данном возрасте показано плановое оперативное лечение, заключающееся в мобилизации семенного канатика и яичка, низведении яичка в мошонку и его фиксации.
 3. Нарушение сперматогенеза, малигнизация неопущенного яичка, повышенная опасность перекрута яичка.
- Задача 190.**

Девочка 12 лет была сбита на катке. Ударилась головой о лед. Потеряла сознание. По дороге в машине скорой помощи несколько раз была рвота. Девочка беспокойна, пыталась встать. Доставлена в детский хирургический стационар. При осмотре – возбуждена, на вопросы отвечает правильно. О случившемся ничего не помнит. Отмечается наличие нистагма при взгляде влево, слева имеется сглаженность носогубной складки, язык отклоняется влево. Брюшные рефлексы понижены слева. Сухожильные рефлексы симметричны. АД - 120/80 мм.рт.ст. Пульс 120 в мин. На рентгенограмме черепа патологии не выявлено. Спинно-мозговая пункция – ликвор окрашен кровью. Ликворное давление – 200 мм водного ст.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие методы дополнительных исследований вы можете применить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние.
 2. Ультразвуковое М-эхоскопическое исследование головного мозга, РКТ черепа и головного мозга.
 3. Консервативное лечение в течение 4 недель: постельный режим, седативные средства, антибактериальная и гемостатическая терапия, средства, улучшающие мозговое кровообращение и обменные процессы в головном мозге.
- Задача 191.**

Девочка возраста 1 года 2 мес., находилась на искусственном вскармливании. С рождения отмечается редкий самостоятельный стул. С возрастом промежутки между самостоятельным стулом удлинились до нескольких дней. Растет вялой, бледной, худой. Страдает рахитом. Жалобы матери на плохой аппетит. Девочка поступила на плановое обследование в педиатрический стационар. Живот увеличен в размерах, округлый, мягкий, безболезненный. Отмечается диастаз прямых мышц живота, пупочная грыжа. Тимпанит во всех отделах живота, перистальтика вялая, редкая. Тонус сфинктера прямой кишки обычный. При рентгенографии кишечника с барием отмечается сглаженность гаустрации толстого кишечника, избыточная петлистость сигмовидной кишки, участков сужения не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие методы исследования можно применить для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Нейроинтестинальная дисплазия, долихосигма.
2. Колоноскопия с манометрией и взятием участка стенки толстой кишки для патогистологического и гистохимического исследования.
3. Консервативное лечение: послабляющая диета, вазелиновое масло внутрь, электростимуляция моторики кишечника, парентерально курсы р-ра прозерина, витаминов В1, В6.

Задача 192.

Мальчик возраста 5 лет накануне катался с горы на санках, упал, почувствовал боль сильной интенсивности в правом коленном суставе и в верхней трети голени. Самостоятельно встал, с трудом дошел домой. Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,7 градусов. Пульс 100 ударов в мин. Верхняя треть правой голени по внутренней поверхности увеличена в объёме, умеренно гиперемирована, болезненна при пальпации, движения в правом коленном суставе возможны, но болезненны. Баллотирования надколенника справа нет. Лейкоциты $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, формула крови: пал-9, сегм-80, л-10, э-1.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости.
2. Рентгенография костей правой голени с захватом коленного сустава в двух проекциях.
3. Экстренная операция – нанесение остеоперфорационных отверстий в очаге поражения кости, параоссальное дренирование. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 193.

У мальчика возраста 3 недели после отпадения пуповины пупочная ранка плохо заживает. Ребенок беспокоен. Имеется обильное серозно-гнойное отделяемое, которое образует струп. В центре пупочной ямки видно опухолевидное образование, плотное на ощупь,

безболезненное, бледно-розовой окраски. Вокруг кожа отечная, гиперемирована. Температура тела 37,5. Родители обратились в детский хирургический стационар. При ревизии пупочной ранки свищевых ходов не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие осложнения могут иметь место при этом заболевании?
3. Тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Флегмонозный омфалит, гранулёма пупка.
2. Некротический омфалит, перитонит, пупочный сепсис.
3. Экстренная госпитализация, назначение консервативного лечения: воздействие на макроорганизм и микроорганизм. Местно в первые сутки – туалет пупка, повязки с гипертоническим раствором поваренной соли, при отсутствии положительного эффекта, а, тем более, при отрицательной динамике местного процесса, показано экстренное оперативное лечение: нанесение разрез-насечек вокруг пупочной ранки в местах воспалённо изменённых тканей.

Задача 194.

Новорожденный 4 дней родился массой 3200. Роды протекали нормально. Закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. На 3-и сутки в роддоме появилась рвота молоком с примесью желчи, а затем «меконием». Появилось равномерное вздутие живота, стали видны стоячие петли кишечника. Поставлена сифонная клизма – мекония не получено (до этого меконий самостоятельно не отходил). На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество уровней жидкости. Общий анализ крови: Hb – 174 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, цвет – жёлтая, плотность – 1018, реакция – кислая, эпителий – мало, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – (-), цилиндры – (-).

1. Ваш диагноз как врача неонатолога?
2. Обоснуйте диагноз.
3. В чём ошибка медперсонала роддома?
4. Тактика врача неонатолога.
5. Особенности транспортировки новорожденного.

ОТВЕТ

1. Врождённая низкая кишечная непроходимость.
2. Позднее возникновение рвоты, отсутствие меконеального стула, увеличение живота в объёме, рентгенологические признаки низкой кишечной непроходимости.
3. Отсутствие отхождения мекония в течение первых суток уже само по себе является признаком врождённой низкой кишечной непроходимости, что не было учтено.
4. Экстренная консультация детского хирурга, оценка транспортабельности ребёнка, перевод ребёнка в детский хирургический стационар в условиях реанимобиля.
5. В реанимобиле: транспортный кювез, возвышенный головной конец, оксигенотерапия.

Задача 195.

Ребенку 16 дней, родился с массой 3600, роды протекали нормально, закричал сразу. С рождения отмечались срыгивания. В возрасте 10 дней появилась рвота с примесью желчи. Стул был всегда с трудом 1 раз в сутки, плотным калом. В последнее время задержка стула в течение 3-х дней, отмечается равномерное вздутие живота, учащение рвоты. Родители обратились к педиатру по месту жительства. При осмотре живот умеренно увеличен в объеме, внешних патологических изменений передней брюшной стенки нет; мягкий, при пальпации ребёнок беспокоен. Общий анализ крови: Hb – 184 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, Цвет – жёлтая, Плотность – 1018, Реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 ммоль/л, АсАТ – 87 нмоль/(с.л.), АлАТ – 112 нмоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкмоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 ммоль/л, Креатинин – 0,08 мкмоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какова тактика педиатра?
3. Какие диагностические и лечебные манипуляции необходимо провести при поступлении в детский хирургический стационар?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, декомпенсированная форма.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар в экстренном порядке (вызов скорой помощи, написание направления).
3. Рентгенография брюшной полости в вертикальном положении в прямой проекции, очистительная (при необходимости – сифонная) клизма.

Задача 196.

Новорожденный 3-х дней, родился с массой 2200, срок гестации 34 недели. В родах развивалась вторичная родовая слабость. Проводилась стимуляция, а затем извлечение плода с помощью щипцов. Отмечалась аспирация околоплодными водами. Закричал не сразу, лишь после удаления околоплодных вод и искусственного дыхания. Приложен к груди на 3-и сутки, после чего отмечалась рвота без примеси желчи. Меконий отошел в первые и вторые сутки, затем кал не отходил. Живот умеренно вздут в эпигастрии, мягкий, безболезненный. Дыхание жёсткое, с обеих сторон влажные хрипы. Ребенок направлен в детский хирургический стационар. Общий анализ крови: Hb – 184 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, цвет – жёлтая, плотность – 1018, реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 ммоль/л, АсАТ – 87 нмоль/(с.л.), АлАТ – 112 нмоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкмоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 ммоль/л, Креатинин – 0,8 мкмоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л.

1. Какое заболевание у ребенка?

2. Почему симптоматика заболевания проявилась позже, чем это бывает в типичном случае?

3. Какие диагностические и лечебные мероприятия необходимо провести в детском хирургическом стационаре?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая обтурационная кишечная непроходимость, двухсторонняя пневмония, недоношенность 2 ст.
2. Вследствие тяжести общего состояния ребёнка, вызванного недоношенностью, интранатальной асфиксией и двухсторонней пневмонией.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении в прямой проекции. Оценка степени дегидратации и, в зависимости от неё, длительность предоперационной подготовки (2 ст.-12 час, 3 ст.-24 час; включается объём регидратации, восполнение жизненных потребностей и патологических потерь) с последующей операцией, объём и характер которой будет зависеть от интраоперационных находок.

Задача 197.

У новорожденного ребенка, родившегося в срок с массой тела 3800 и в нормально протекавших родах, на 3-и сутки после рождения внезапно среди полного здоровья появилась рвота с кровью в виде «кофейной гущи» и дегтеобразный стул, повторившийся три раза через короткий промежуток времени. Ребенок стал вялым, бледным, отказался от груди. При осмотре: состояние средней тяжести, температура нормальная, живот не вздут, безболезненный. Трещин сосков у матери нет. Общий анализ крови: Hb – 114 г/л, Эритроциты – $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, Цвет – жёлтая, Плотность – 1018, Реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 ммоль/л, АсАТ – 87 нмоль/(с.л.), АлАТ – 112 нмоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкмоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 ммоль/л, Креатинин – 0,8 мкмоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л. Удлинение протромбинового времени.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие диагностические мероприятия необходимы?
4. Тактика врача неонатолога.

ОТВЕТ

1. Геморрагическая болезнь новорождённого.
2. Время появления кровотечения из ЖКТ. Отсутствие патологической симптоматики при объективном обследовании живота.
3. ФЭГДС.
4. Консервативное лечение (парентеральное введение активной формы витамина К, при отсутствии данного препарата – введение викасола).

Задача 198.

Мальчик 2 лет и 2 месяцев поступил в ДХО по поводу острого кишечного кровотечения. Заболел накануне среди полного здоровья. Внезапно появилась бледность, холодный пот, однократная рвота без патологических примесей. Через несколько часов – обильный стул со сгустками темной-вишнёвой крови. При поступлении состояние тяжелое, бледен, пульс слабого наполнения, 124 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроцитов – 1млн 700 тыс. Проведена массивная гемостатическая терапия. Состояние улучшилось, гемоглобин поднялся до 102 г/л. Выписан домой через 4 суток. Ещё через 2 суток повторно доставлен в больницу в тяжелом состоянии с явлениями перитонита.

1. Ваш предположительный диагноз при первом поступлении?

2. В связи с чем развился перитонит?

3. В чем ошибка хирурга?

4. Какова должна быть тактика хирурга?

ОТВЕТ

1. Кровотечение из дивертикула Меккеля (возможно также удвоение участка кишечника, кровотечение из полипа кишечника)

2. Возникла перфорация дивертикула Меккеля.

3. Выписка домой без уточнения источника кровотечения.

4. Консервативная гемостатическая терапия, после остановки кровотечения родителям должна быть предложена эксплоративная лапароскопия или лапаротомия. При повторном поступлении – экстренная лапаротомия, удаление дивертикула, санация и дренирование брюшной полости.

Задача 199.

Ребенок 2 года 10 месяцев заболел внезапно. Повысилась температура до 39 градусов, рвота, боли в коленных и голеностопных суставах, в животе. На следующий день появилась полиморфная геморрагическая сыпь на стопах, разгибательных поверхностях голеней и бедер, симметрично расположенная. А еще через день – обильная примесь крови в испражнениях. Вскоре ребенок стал жаловаться на резкие приступообразные боли в животе, со светлыми промежутками между ними в 10-20 мин. Из заднего прохода обильные кровянистые выделения. При пальпации живота на фоне мягкой брюшной стенки отмечается резкая болевая реакция и опухолевидное образование справа выше пупка, расцененное педиатрами, как гематома в стенке кишки. Состояние продолжало ухудшаться. Вызванный на следующий день детский хирург направил ребенка в хирургический стационар для срочной операции.

1. Какое заболевание было у ребенка?

2. В чем ошибка педиатров?

3. Какое исследование надо было провести при обнаружении «опухоли в животе»?

ОТВЕТ

1. Болезнь Верльгофа и спровоцированная ею кишечная инвагинация.

2. Неправильная оценка характера объёмного образования в брюшной полости.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении ребёнка, ирригаторфия с воздухом.

Задача 200.

Мальчик 10 лет упал с высоты 2 метра и ударился левым боком о землю. Сознания не терял. Почувствовал боль в левом подреберье, которая постепенно распространялась на весь живот. Доставлен в детский хирургический стационар через 1 час после травмы. При поступлении: температура нормальная, пульс – 120 в мин, давление 100/60 мм. рт. ст.; гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты – 23000. Живот ограниченно участвует в акте дыхания. Резкая болезненность в левом верхнем квадрате живота, мышечное напряжение, притупление в левой подвздошной области.

1. Какой диагноз у мальчика?
2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Закрытый разрыв селезёнки, внутрибрюшное кровотечение.
2. УЗИ, РКТ органов брюшной полости; лапароцентез с исследованием жидкости в брюшной полости; лапароскопия.
3. Экстренная операция, в зависимости от характера травмы – спленэктомия или спленоррафия, санация брюшной полости.

Задача 201.

У мальчика 5 лет сутки назад появилась бледность и желтушность кожных покровов и слизистых, слабость, вялость. Стал жаловаться на головокружение. Моча темного цвета. Такое состояние было отмечено 5 месяцев назад. Родители за помощью не обращались. У матери в анамнезе удалена селезенка, причину этого она не помнит. При осмотре: отстаёт в физическом развитии. Кожа с желтушным оттенком. Живот несколько увеличен в размерах. Селезенка выступает на 5 см, печень – на 3 см ниже рёберной дуги, поверхность их гладкая, пальпация безболезненна, других патологических объёмных образований в брюшной полости не выявлено. В крови выраженная анемия (Hb-80 г/л).

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара.
2. Микроскопическое исследование эритроцитов, подсчёт количества ретикулоцитов; исследование осмотической стойкости эритроцитов.
3. Спленэктомия в плановом порядке.

Задача 202.

Девочка 13 лет страдает болезнью Верльгофа с 8 лет, которая проявляется частыми носовыми кровотечениями и геморрагическими проявлениями на коже, слизистых. Накануне появились небольшие боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. Через несколько часов началось обильное кровотечение из влагалища. Девочка побледнела, перед глазами стали мелькать черные «мушки». Врач скорой помощи доставил больную в педиатрический стационар в 16.00, расценив состояние как криз при болезни Верльгофа. При поступлении гемоглобин 90 г/л. Дежурный педиатр ввел викасол, хлористый кальций, назначил холод на живот. Состояние не улучшилось, кровотечение продолжалось. К утру гемоглобин упал до 69 г/л, число эритроцитов – до 2 млн., пульс стал слабым, частым, резкая бледность кожи и слизистых. В тяжелом состоянии больная переведена в хирургический стационар.

1. В чем ошибка дежурного врача?
2. Какова должна быть тактика при подобных геморрагиях?
3. Каковы показания для оперативного лечения болезни Верльгофа?

ОТВЕТ

1. При поступлении необходима гемотрансфузия, переливание тромбоцитарной массы.
2. При отсутствии положительной клинической и лабораторной динамики (показатели красной крови должны исследоваться ежедневно) ребёнок должен быть в экстренном порядке переведён в детский хирургический стационар для спленэктомии.
3. Неостанавливающееся консервативными методами кровотечение, угрожающее жизни больного; хронические и рецидивирующие формы тяжёлой и среднетяжёлой формы.

Задача 203.

В приёмное отделение детского хирургического стационара из соматического педиатрического стационара направлен ребёнок двух месяцев, у которого с рождения отмечается желтушность кожных покровов, ахоличный стул и тёмная моча. При объективном обследовании определяется печень на 2 см ниже рёберной дуги, край её плотный, гладкий. Патологических объёмных образований в брюшной полости не определяется. Согласно выписке из истории болезни при проведении УЗИ органов брюшной полости наружные желчные ходы визуализировать не удалось; в анализах отмечен повышенный уровень трансаминаз и связанного билирубина.

1. Ваш диагноз, какие дополнительные исследования нужно назначить для верификации диагноза?
2. Ваше мнение о своевременности направления ребёнка к детскому хирургу?
3. Какова тактика детского хирурга в данном случае?

ОТВЕТ

1. Атрезия наружных желчевыводящих путей. Исследования кала на стеркобилин и мочи на уробилиноген; исследование на наличие токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции.

2. Направление с опозданием – к 2-м месяцам при наличии данного заболевания в печени развиваются цирротические изменения.
3. Оперативное лечение по установлению диагноза. При наличии коррегируемой формы порока – билиодигестивный анастомоз. При некоррегируемой – биопсия печени, в последующем – трансплантация печени.

Задача 204.

У ребёнка 2-х лет во время купания мать впервые обнаружила объёмное брюшной полости. С данными жалобами родители ребёнка обратились к педиатру поликлиники. При осмотре: правая половина брюшной полости занята объёмным образованием 20*8*8см, плотным, умеренно болезненным. Других жалоб родители не предъявляют.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. К какому специалисту Вы, как участковый педиатр, обратитесь за консультацией?
3. Тактика обследования и лечения?

ОТВЕТ

1. Невробластома справа.
2. К детскому хирургу поликлиники, возможно и непосредственное направление ребёнка в специализированный детский хирургический стационар.
3. УЗИ, РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; экскреторная урография (снимки в прямой и боковой проекции). Лечение: учитывая наличие опухоли 3-4 стадии, показана предоперационная химиотерапия, затем оперативное удаление опухоли с регионарными лимфоузлами и прилежащей паранефральной клетчаткой, курсы химиотерапии в послеоперационном периоде.

Задача 205.

У ребёнка 2-х лет родители обнаружили в брюшной полости 2 объёмных образования слева и справа, каждое 15*7*7 см. В течение последних 5 мес. ребёнок был капризен, отказывался от пищи, плохо спал. Стул и мочеиспускание без особенностей. К Вам обратились, как к детскому хирургу поликлиники. До этого родители обращались к педиатру, который отправил ребёнка на общий анализ крови, в котором обратило на себя внимание наличие лейкоцитоза ($16 \cdot 10^9/\text{л}$), других патологических изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Двухсторонняя невробластома.
2. УЗИ, РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; экскреторная урография (снимки в прямой и боковой проекции).
3. Учитывая двухсторонний характер поражения (5 стадия процесса) – консервативное противоопухолевое лечение (химиотерапия).

Задача 206.

У девочки 3-х лет с шестимесячного возраста диагностирована паховая грыжа справа. В течение последнего часа ребёнка беспокоят боли в месте вновь появившегося выпячивания, которое при попытке родителей не вправляется в брюшную полость. Отмечалась однократная рвота. Родители с ребёнком обратились в порядке скорой помощи в детский хирургический стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Её обоснование?

ОТВЕТ

1. Ущемлённая паховая грыжа справа.
2. Экстренная операция.
3. Показано только оперативное лечение (без попыток закрытого вправления ущемлённой грыжи) в связи с большой частотой ущемления у девочек яичника, некроз которого при этом наступает очень быстро.

Задача 207.

К Вам, как к детскому хирургу поликлиники, обратились родители ребёнка с жалобами на наличие у их дочери при беспокойстве выпячивания в области пупка 1*1*1 см; возраст ребёнка-1 год. Других жалоб нет. На момент осмотра выпячивания нет. При пальпации определяется дефект апоневроза в области пупочного кольца диаметром 0,8 см.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика и методика лечения.

ОТВЕТ

1. Пупочная грыжа.
2. Наблюдение до 5-тилетнего возраста. В случае сохранения грыжи в данном возрасте – грыжесечение по Шпици.

Задача 208.

У мальчика 3-х лет с полугодового возраста диагностирована пахово-мошоночная грыжа справа. В течение последних двух часов мальчик беспокоен, грыжевое выпячивание увеличилось и, со слов родителей, перестало вправляться в брюшную полость. В течение последних 5 дней ребёнок находится на амбулаторном лечении по поводу ОРВИ. В настоящее время у него сохраняются насморк, кашель, гиперемия зева, температура тела 37,3 град. При объективном обследовании при неинтенсивных попытках вправления грыжевое выпячивание действительно не вправляется в брюшную полость.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения, её обоснование?
3. Методики лечения.

ОТВЕТ

1. Ущемлённая пахово-мошоночная грыжа справа.
 2. Учитывая ранний срок поступления и наличие сопутствующего ОРВИ возможна попытка консервативное вправления грыжи.
 3. В/м введение по 0,3 мл 0,1% р-ра атропина и 0,3 мл 1% р-ра димедрола, тёплая грелка на низ живота, возвышенное положение нижнего конца (на 30 мин). При отсутствии вправления грыжи после перечисленных мероприятий показана экстренная операция. В случае вправления грыжи ребёнок направляется на амбулаторное долечивание ОРВИ с последующим после выздоровления плановым грыжесечением.
- Задача 209.**

У только что родившегося ребёнка в роддоме обнаружили эвентрацию петель кишечника на переднюю брюшную стенку. Вы, врач неонатолог, при осмотре выявили: в области пупочного кольца имеется дефект передней брюшной стенки диаметром 4 см, по краям видны разорванные лоскуты серозной оболочки, из дефекта на переднюю брюшную стенку эвентрированы ничем не покрытые петли кишечника обычного цвета, без гиперемии и налётов фибрина.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика, как врача неонатолога?
3. Как лечится данная патология?

ОТВЕТ

1. Грыжа пупочного канатика, разрыв грыжевых оболочек, эвентрация кишечника.
 2. Наложение на эвентрированные петли кишок стерильных влажных салфеток и не тугой бинтовой повязки, незамедлительный перевод ребёнка в детский хирургический стационар (в условиях реанимобиля) для неотложного оперативного лечения.
 3. При соответствии органов брюшной полости её объёму – радикальная операция; при несоответствии – операция по Гроссу или с применением полимерных материалов.
- Задача 210.**

Мальчика 2-хнедельного возраста родители принесли на приём к ортопеду. При объективном осмотре выявлено подошвенное сгибание обеих стоп, их супинация и приведение передних отделов. Ортопед при объективном исследовании обнаружил возможность ручной коррекции деформации с некоторым пружинящим сопротивлением.

1. Ваш диагноз?
2. Степень заболевания?
3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Двухсторонняя госолапость.
 2. 2 степень.
- Консервативное корригирующее лечение с помощью этапных гипсовых повязок до 6-ти месячного возраста. При отсутствии эффекта – оперативное лечение (тенолигаментокапсулотомия) в возрасте 6-ти месяцев.

Задача 211.

Девочке 3 недели. Жалобы родителей на наличие объёмного образования в области шеи справа и постоянного лёгкого наклона головы в эту сторону. Объективно: в области нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа имеется овальное объёмное образование 1,5*1,5 см, эластической консистенции, безболезненное. Общее состояние ребёнка не страдает.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

3. Её конкретное содержание?

ОТВЕТ

1. Врождённая правосторонняя мышечная кривошея.
2. Консервативное лечение.
3. Массаж мышц шеи на здоровой стороне, лёгкая корригирующая гимнастика (наклон головы в здоровую сторону и поворот в больную), ношение корригирующего воротничка – ежедневно в течение года. Физиотерапия: электрофорез с КJ или пеницилламином на область поражения №15 каждые 3 месяца.

Задача 212.

У ребёнка 10 лет среди полного здоровья дома возникла многократная рвота, резкие схваткообразные боли в животе, после чего (через 10 минут) ребёнок потерял сознание. Машиной скорой помощи ребёнок доставлен в детский хирургический стационар. Сознание отсутствует, зрачки одинаковые, реакция на свет сохранена, патологических рефлексов, менингеальных знаков нет. При осмотре ребёнка вы видите на животе в правой подвздошной области рубец 1*8 см, белесого цвета, со слов родителей 2 года назад имела место аппендэктомия. Живот в объёме несколько увеличен, передняя брюшная стенка напряжена.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие дополнительные методы исследования Вы проведёте?

3. Ваша лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Поздняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, сверхострая форма.
 2. Рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении больного.
- Немедленная госпитализация ребёнка в отделение реанимации, где, во время развёртывания операционной для неотложной операции, проводится кратковременная предоперационная посиндромная подготовка.

Задача 213.

В детский хирургический стационар обратились родители ребёнка 3 мес. с объёмным образованием волосистой части головы 2*2,5 см, на 0,1 см возвышающееся над уровнем окружающей кожи, красного цвета, безболезненное, бледнеющее при надавливании. Данное образование имеет место с рождения, в последние 2 недели отмечается увеличение образования в размерах.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения, обоснование.

ОТВЕТ

1. Капиллярная гемангиома волосистой части головы.
 2. Оперативное лечение – иссечение гемангиомы. Если бы данное образование располагалось на другом участке тела, мог быть применён метод криодеструкции. На волосистой части головы при наличии гемангиомы данного размера криодеструкция приведёт к образованию значительного по площади участка, лишённого роста волос.
- Задача 214.**

В детский хирургический стационар из поликлиники направлен мальчик 5 лет с диагнозом: мегаколон. Со слов родителей с рождения у ребёнка запоры. Стул получали только после слабительных средств и очистительных клизм. Объективно: ребёнок бледный; живот увеличен в объёме, в горизонтальном положении «распластанный»; мягкий, при пальпации в нижних отделах определяется 3 умеренно подвижных плотных образования 4*4*4 см. Общие анализы крови и мочи без патологии.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебно-диагностические мероприятия Вы предпримете.

3. Какова тактика радикального лечения, его принципиальные моменты?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, субкомпенсированная форма.
 2. Сифонные клизмы. После очищения кишечника – ирригография с бариевой взвесью.
 3. Радикальным является только оперативное лечение, разные методики которого принципиально заключаются в резекции аганглионарной зоны и наиболее изменённого участка супрастенотического расширения с последующим наложением кишечных анастомозов.
- Задача 215.**

На приём к детскому хирургу поликлиники обратились родители с мальчиком месячного возраста. 3 дня назад у ребёнка появились срыгивания после кормлений, в последние сутки спустя час после кормлений отмечается рвота створоженным молоком с кислым запахом; уменьшилось количество мочеиспусканий, стула не было в течение суток. Объективно: ребёнок нормального питания; кожа чистая, обычного цвета, тургор подкожно-жирового слоя сохранён; живот не вздут, мягкий, безболезненный; во время осмотра в эпигастрии и правом мезогастррии периодически появляются и исчезают округлые выпячивания передней брюшной стенки.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия как хирурга поликлиники?
3. Какие дополнительные обследования требуются в данном случае?
4. Как лечится данное заболевание?

ОТВЕТ

1. Врождённый пилоростеноз.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар в экстренном порядке.
3. ФЭГДС, при сомнениях в диагнозе – рентгенография желудка с бариевой взвесью.
4. Оперативное лечение – пилоромиотомия по Рамштедту.

Задача 216.

Мальчик 10 лет находится в реанимационном отделении детского хирургического стационара в течение 3 суток после автодорожной аварии с диагнозом: тяжёлый ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, кома 1. Дежурный нейрохирург заметил изменение в неврологическом статусе ребёнка: расширение правого зрачка; повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов левых конечностей.

1. Ваш диагноз?
2. Экстренные дополнительные обследования?
3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Внутричерепная гематома справа.
2. РКТ головного мозга и черепа; при отсутствии возможности выполнить данное исследование – ультразвуковая М-экокопия или каротидная ангиография.
3. Костнопластическая трепанация черепа справа, эвакуация гематомы, гемостаз.

Задача 217.

Из детской поликлиники в хирургический стационар направлена девочка 6 лет. В течение последних 5 месяцев периодически отмечается ухудшение самочувствия, подъёмы температуры тела до 37,5-38 град., незначительные болевые ощущения в животе без чёткой локализации. Данные состояния расценивались педиатрами поликлиники как проявления ОРВИ. Неделю назад девочке был назначен общий анализ мочи, который выявил патологию: белок-0,066 г/л, лейкоциты-30-40 в п/зр, слизь, бактерии+++. В общем анализе крови отмечен лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$, другой патологии нет. В настоящее время имеется учащённое мочеиспускание, живот мягкий, слегка болезненный в правом мезогастрii; поколачивание в поясничной области умеренно болезненно справа.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые дополнительные обследования для уточнения диагноза?
3. Методики их проведения?

ОТВЕТ

1. Инфекция мочевыводящих путей (пиелонефрит справа?).

2. УЗИ органов забрюшинного пространства, экскреторная урография, микционная цистоуретрография.
3. Экскреторная урография: в/в введение водорастворимого йодсодержащего контраста (ультравист, верографин – 0,5 – 1 мл на кг веса) с последующими снимками через 5,10,15 мин (лёжа) и 20 мин (стоя) в прямой проекции; при необходимости – отсроченные снимки. Микционная цистоуретрография: введение того же контраста по катетеру в мочевой пузырь до появления императивных позывов на мочеиспускание, после чего выполняется снимок в прямой проекции в положении лёжа, а затем второй снимок во время мочеиспускания в полубоковой проекции.

Задача 218.

У девочки 7 лет год назад был диагностирован пиелонефрит слева и слева же-пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. В течение года находилась на консервативном лечении у нефролога. На контрольном обследовании общий анализ мочи без патологии; при проведении микционной цистоуретрографии выявлен заброс контраста в мочеточник и лоханку слева с дилатацией этих образований. Данный ребёнок направлен на консультацию в детский хирургический стационар к урологу.

1. Ваш диагноз?
2. Лечебная тактика, её принципиальные моменты?

ОТВЕТ

1. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени.
2. Учитывая прогрессирование рефлюкса, несмотря на консервативное лечение, показано оперативное вмешательство в плановом порядке. В данном случае применяется операция Грегуара – удлинение интрамурального отдела мочеточника без вскрытия мочевого пузыря.

Задача 219.

Девочка 13 лет поступила в детское хирургическое отделение с жалобами на боли в правых отделах живота, периодически беспокоящие её в течение последней недели. Объективно: сложение астеническое, рост высокий. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом мезогастрii, где нечётко пальпируется образование эластической консистенции 6*4 см, лучше выявляемое в положении стоя и не определяемое в положении лёжа. Общий анализ крови - без патологии. В общем анализе мочи - лейкоцитурия 15-20 в п/зр, белок – 0,132 г/л, другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые дополнительные обследования?
3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Нефроптоз справа.
2. УЗИ органов забрюшинного пространства, экскреторная урография.
3. Учитывая наличие при нефроптозе болевого синдрома и инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит) показано оперативное лечение – нефропексия.

Задача 220.

К Вам, как к детскому урологу, обратились родители с годовалым ребёнком. У мальчика имеет место деформация полового члена: он изогнут книзу в виде крючка, наружное отверстие уретры находится на вентральной поверхности проксимальной трети полового члена, крайняя плоть имеется лишь на дорсальной поверхности. Нарушения мочеотделения нет.

1. Ваш диагноз?

2. Форма заболевания?

3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Гипоспадия.
2. Стволовая форма.
3. До двухлетнего возраста необходимо провести первый этап оперативного лечения - выпрямление полового члена. Второй этап – пластика уретры - может быть выполнен через полгода после первого.

Задача 221.

В детский хирургический стационар из поликлиники направлен мальчик 7 лет с диагнозом: «Объёмное образование правой половины мошонки». При обследовании выявлено: внешне правая половина мошонки в верхней части несколько больше, чем левая. При пальпации над яичком определяется безболезненное образование, напоминающее клубок дождевых червей; яичко обычных размеров. Других жалоб нет.

1. Ваш диагноз?

2. Чем необычна данная клиническая картина, какие этиологические моменты могут её обуславливать?

3. Тактика дополнительного обследования?

ОТВЕТ

1. Варикоцеле справа.
2. Учитывая тот факт, что варикоцеле в абсолютном большинстве случаев встречается слева и в предпубертатном и пубертатном возрасте (данный факт объясняется особенностями анатомии левой яичковой вены), возникновение варикоцеле справа и в возрасте 7 лет может быть обусловлено нарушением венозного оттока, вызванного объёмным образованием брюшной полости или малого таза.
3. УЗИ и РКТ органов брюшной полости и малого таза.

Задача 222.

На приём к детскому хирургу поликлиники обратилась мать с 10-тидневным ребёнком. При рождении использовались родовспомогательные мероприятия в виде наложения шипцов. С рождения у ребёнка в верхней части задней поверхности грудной клетки имеется пятно красноватого цвета без чётких границ, кожа в данном месте утолщена. Пальпация этого участка безболезненна. Общее состояние не страдает, сон и аппетит сохранены. Контрольный общий анализ крови патологии не выявил.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифф. диагноз?
3. Врачебная тактика?

ОТВЕТ

1. Асептический некроз подкожно-жировой клетчатки.
 2. Некротическая флегмона новорождённого, рожистое воспаление.
- Лечения не требуется.

Задача 223.

В приёмное отделение детского хирургического стационара машиной скорой помощи доставлен мальчик 12 лет через 1 час после того, как он был сбит автомобилем с диагнозом: «Перелом костей правой голени». Персонал скорой помощи ввёл ребёнку обезболивающие, других лечебных мероприятий не осуществлялось. При обследовании в стационаре, включая рентгенологическое, был диагностирован закрытый косой перелом правой большеберцовой кости без видимого смещения.

1. Были ли ошибки в действиях персонала скорой помощи?
2. Тактика врача травматолога стационара (какой метод лечения должен быть применён)?
3. Её обоснование?

ОТВЕТ

1. Не была наложена транспортная иммобилизация.
2. Функциональный метод лечения – скелетное вытяжение за пяточную кость.
3. При применении иммобилизационного метода лечения данных переломов неизбежно возникает вторичное смещение отломков.

Задача 224.

К педиатру поликлиники обратились родители с девочкой 8 лет с жалобами на периодически беспокоящий в течение последних 8 месяцев кашель с гнойной мокротой, периодически отмечаются подъёмы температуры тела до фебрильных цифр. Объективно: девочка худая, несколько бледная. При аускультации в нижних отделах правого лёгкого дыхание жёсткое, выслушиваются мелкокалиберные влажные хрипы. Температура-37,4. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз: $13 \cdot 10^9$ л, нейтр.-85; эоз.-10; СОЭ-25 мм/ч. В анамнезе родители отмечают частые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и лёгких, беспокоящие девочку на протяжении последних 3 лет жизни.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика как педиатра поликлиники?
3. Какой дополнительный метод исследования позволят уточнить диагноз?

4.Какой метод лечения показан при данном заболевании?

ОТВЕТ

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар.
3. Бронхография.
4. Оперативное лечение (удаление поражённого отдела лёгкого в пределах анатомических границ) после предоперационного консервативного лечения (включающего и санационную бронхоскопию).

Задача 225.

В детский хирургический стационар обратились родители с ребёнком 4-хмесячного возраста с жалобами на срыгивания и периодически имеющую место рвоту неизменной пищей вскоре после кормлений. Данные явления отмечаются с рождения. Вес при рождении 3000, в настоящий момент – 5100. Стул, мочеиспускание без особенностей. Живот не увеличен в объёме, мягкий, безболезненный. В плане дополнительного исследования была выполнена ФЭГДС, которая выявила гиперемия дистальной трети пищевода, зияние розетки кардии.

1. Какие заболевания могут вызвать данную клиническую картину?
2. Как провести дифференциальную диагностику данных заболеваний?
3. Каковы методы лечения этих заболеваний?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Необходима рентгенография верхних отделов пищеварительного тракта с бариевой взвесью: введение контраста по зонду в желудок с последующим выполнением снимков в прямой и боковой проекции (ребёнок должен находиться в положении Тренделенбурга). Лечение халазии кардии: антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H₂-гистаминорецепторов и блокаторы протонной помпы, антибактериальное лечение. Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы оперативное: лапаротомия, низведение желудка в брюшную полость, пластика пищеводного отверстия диафрагмы, создание антирефлюксного механизма.

Задача 226.

К детскому ортопеду обратился мальчик 13 лет с жалобами на боли при ходьбе в области левого тазобедренного сустава, появившиеся месяц назад. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Внешних изменений со стороны области проекции левого тазобедренного сустава нет, пальпация безболезненна. Активные и пассивные движения в полном объёме, умеренно болезненны. Общий анализ крови без патологии. На рентгенограмме выявлено уплощение головки левого бедра с участками остеопороза; расширение шейки левого бедра.

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы лечения данного заболевания Вы знаете, в чём они заключаются?

ОТВЕТ

1. Болезнь Пертеса слева.

2. Юношеский эпифизеолиз шейки бедра.
3. Консервативный метод: покой для поражённой конечности; средства, улучшающие кровоснабжение поражённого отдела скелета (АТФ, рибоксин, витаминотерапия); физиотерапия (электрофарез с эуфиллином, препаратами кальция). При неэффективности консервативного лечения показано оперативное: подвертельная остеотомия бедра, туннелизация шейки бедра.

Задача 227.

Ребёнок 3 лет в течение 5 суток лечится по поводу ОРВИ амбулаторно. В течение последнего дня его состояние ухудшилось: температура поднялась до 39 град., появился проливной пот, резкая слабость, кашель с гнойной мокротой. С данной картиной он поступил в детский хирургический стационар. Объективно: одышка до 50 в мин., цианоз носогубного треугольника; в верхней доле правого лёгкого притупление при перкуссии, там же-резкое ослабление жёсткого дыхания с влажными хрипами. На рентгенографии грудной клетки верхняя доля справа затемнена, в её центре имеется участок просветления с нечётким уровнем жидкости. В общем анализе крови: лейкоцитоз- $20 \cdot 9 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтр.-80, пал.-12, юн.-3, лимф-15, эоз-5; СОЭ-30 мм/ч.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика, её конкретное содержание?

ОТВЕТ

1. Правосторонняя бактериальная деструктивная пневмония, абсцесс верхней доли правого лёгкого.
2. Терапевтическое воздействие на макроорганизм и микроорганизм. Местное лечение: лечебно-санационная бронхоскопия; пункция, санация и дренирование абсцесса по Мональди.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$TK = 40 \frac{B+U3}{B+U3},$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$TP = 30 \frac{ПЗ+РЕФ}{ПЗ+РЕФ},$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в

области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);

- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	10
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную	2

позицию и отвечать на вопросы.	
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	5
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	2
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

Критерии оценивания знаний на зачёте

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	81-100 баллов
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и	41-60 балл

неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	81-100 баллов
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	41-60 балл
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»

0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»
------	---------------------------	-------------