

12. Приложения

12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Особенности хирургии детского возраста.	<p>1. Правовые вопросы работы детского хирурга.</p> <p>2. Детский хирург. Права и обязанности. Правовой статус детского хирурга. Законодательные основы оказания хирургической помощи детям.</p> <p>3. Развитие хирургии детского возраста в России и за рубежом. Организация и современное состояние.</p>
Абдоминальная хирургия.	<p>4. Перитонит у детей. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Основные виды оперативных вмешательств. Показания и виды дренирования брюшной полости. Послеоперационная реабилитация.</p> <p>5. Пороки развития желчного и мочевого протоков. Эмбриогенез порока. Проявления патологии. Возможные осложнения. Методы диагностики, Тактика лечения. Возможные ошибки и осложнения.</p> <p>6. Острый аппендицит у детей. Основные клинические симптомы. Особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста. Клиническая картина. Методы установления диагноза. Лечение неосложненных форм аппендицита. Ранние и поздние осложнения и способы их лечения.</p>
Гнойная хирургия	<p>7. Хронический остеомиелит. Классификация. Причины хронизации процесса. Течение хронического остеомиелита. Виды осложнений. Принципы лечения обострений. Дифференциальная диагностика. Показания и сроки оперативного лечения. Реабилитация.</p> <p>8. Острый гематогенный остеомиелит у детей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения и методы их устранения. Принципы реабилитации.</p> <p>9. Эпифизарный остеомиелит. Патогенез. Клиника, диагностика. Особенности течения и лечебной тактики. Осложнения. Реабилитация.</p>
Плановая хирургия	<p>10. Патология влагалищного отростка брюшины.</p> <p>11. Синдром короткой кишки.</p> <p>12. Врожденные кисты и свищи шеи. Эмбриогенез пороков. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.</p>

<p>Травматология и ортопедия</p>	<p>13.Черепно-мозговая травма у детей.</p> <p>14. Повреждение органов грудной клетки. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>15.Особенности переломов костей у детей. Клиника, диагностика. Патологические переломы. Причины, принципы лечения, профилактика.</p> <p>16.Врожденный вывих бедра. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Способы лечения. Показания к хирургическому вмешательству. Осложнения. Диспансеризация.</p> <p>17. Врожденная косолапость. Клиника, особенности диагностики и лечения в разные возрастные периоды. Показания к проведению консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. (сроки, виды, осложнения). Реабилитация.</p> <p>18.Врожденная кривошея. Клиника, диагностика. Лечение (консервативное и хирургическое). Сроки и способы оперативного лечения. Причины рецидивов.</p>
<p>Урология детского возраста</p>	<p>19.Гипоспадия. Причины развития. Классификация. Дифференциальная диагностика. Показания, сроки и способы хирургического лечения гипоспадии.</p> <p>20. Нейрогенный мочевого пузырь.</p> <p>21.Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Диагностика и лечебная тактика. Показания к оперативному лечению.</p> <p>22. Аномалии репродуктивной системы у мальчиков.</p>

Торакальная хирургия	<p>23. Атрезия пищевода. Классификация. Эмбриология, сочетанные аномалии. Антенатальное обследование. Клиническая картина и диагностика. Врачебная тактика, виды коррекции.</p> <p>24. Деструктивные пневмонии у детей. Причины развития. Классификация. Методы лечения детей с острой гнойной деструктивной пневмонией. Хирургические методы лечения: показания, сроки, виды лечения (пункционное, виды дренирования, временная окклюзия бронха). Характер антибактериальной терапии. Оценка плеврального выпота.</p> <p>25. Пороки развития грудной клетки у детей.</p>
Хирургия новорожденных	<p>26. Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез порока. Возможности антенатальной диагностики. Клинико – анатомическая классификация. Сроки и методы установления диагноза. Паллиативные и радикальные хирургические вмешательства. Сроки их проведения.</p> <p>27. Гастрошизис. Пренатальная диагностика. Особенности предтранспортировки. Характер и объем предоперационной подготовки. Необходимый объем предоперационного обследования. Одно и двухэтапные операции при гастрошизисе. Осложнения и методы их устранения.</p> <p>28. Мальротация. Этапы вращения кишечника. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и сроки оперативного лечения.</p> <p>29. Диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Пренатальная диагностика. Правила транспортировки. Показания и сроки оперативного лечения.</p> <p>30. Пороки развития пищевода (атрезия пищевода, ахалазия пищевода, врожденный стеноз пищевода). Клиника. Диагностика. Тактика лечения. Показания и виды оперативного лечения.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

Абдоминальная хирургия	<p>1. Эхинококкоз печени у детей. Пути проникновения гельминта. Клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики. Лечебная тактика и профилактика.</p> <p>2. Повреждения печени у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p> <p>3. Повреждения селезенки у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p>
------------------------	--

	<p>4. Повреждения полых органов ЖКТ у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.</p> <p>5. Пороки развития желчного и мочевого протоков. Клиника. Методы диагностики, лечебная тактика.</p> <p>6. Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.</p> <p>7. Приобретенная кишечная непроходимость (заворот, спаечная непроходимость). Клиника, диагностика, тактика.</p>
<p>Гнойная хирургия</p>	<p>8. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожа, мастит). Особенности течения у детей раннего возраста. Диагностика и лечение.</p> <p>9. Перитонит. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Оперативные вмешательства. Послеоперационное лечение.</p>
<p>Травматология о ортопедия</p>	<p>10. Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>11. Повреждения костей плечевого пояса и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>12. Болезнь Перетса у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.</p> <p>13. Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение. Диспансеризация.</p>
<p>Урология детского возраста</p>	<p>14. Аномалии развития почек (аплазия, гипоплазия, дистопия, кисты). Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение.</p> <p>15. Интерсексуальные аномалии (синдром Клайнфельтера, аденогенитальный синдром, синдром Нунан). Эмбриогенез. Принципы диагностики. Лечение. Диспансеризация.</p> <p>16. Мегауретер у детей. Причины развития. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>17. Острые заболевания яичка. Причины, клиника. Дифференциальная диагностика с паховой ущемленной грыжей. Лечебная тактика.</p> <p>18. Гипоспадия и эписпадия. Клинические формы. Сроки и виды хирургического лечения.</p>

Торакальная хирургия	<p>19. Химические ожоги пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика. Первая помощь при ожогах пищевода. Профилактика.</p> <p>20. Воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки. Классификация, диагностика и лечение.</p> <p>21. Кисты легких. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.</p> <p>22. Иночные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Осложнения.</p> <p>23. Легочное, легочно-плевральное и внутриплевральное кровотечения у детей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.</p>
Хирургия новорожденных	<p>24. Некротизирующий энтероколит новорожденного. Этиология. Клиника, диагностика, лечебная тактика.</p> <p>25. Родовые повреждения новорожденных (кефалогематома, переломы плечевой кости, ключицы). Клиника, диагностика, лечебная тактика.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами) (примеры).

I Методы обследования в детской хирургии	<p>01. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:</p> <p>А) лежа на спине; Б) стоя; В) лежа на животе; Г) в положении Тренделенбурга; Д) на «горке».</p> <p>02. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:</p> <p>А) наклейке на рентгенограмме; Б) букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником; В) газовому пузырю желудка; Г) тени средостения; Д) высоте куполов диафрагмы.</p> <p>03. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:</p> <p>А) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем у нижнего отрезка пищевода; Б) атрезии пищевода (безсвищевая форма); В) халазиикардии; Г) врожденным коротким пищеводом; Д) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.</p> <p>04. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:</p> <p>А) при бронхоэктазии; Б) при врожденной лобарной эмфиземе; В) при легочной секвестрации; Г) при кисте легкого; Д) при опухоли легкого.</p> <p>05. Бронхография противопоказана:</p> <p>А) при опухоли легкого; Б) при легочной секвестрации;</p>
--	--

- В) при врожденной лобарной эмфиземе;
- Г) при кисте легкого;
- Д) при бронхоэктазии.

06. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:

- А) интубационный наркоз без миорелаксантов;
- Б) местная анестезия;
- В) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;
- Г) интубационный наркоз с применением миорелаксантов;
- Д) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.

07. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:

- А) «слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;
- Б) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;
- В) введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;
- Г) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;
- Д) введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.

08. Диагностический пневмоторакс показан:

- А) при гематоме легкого;
- Б) при легочной севестрации;
- В) при лобарной эмфиземе;
- Г) при опухоли средостения;
- Д) при кистозной гипоплазии.

09. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А) 1-го физиологического сужения;
- Б) 2-го физиологического сужения;
- В) области кардии;
- Г) между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;
- Д) между 2-м физиологическим сужением и кардией.

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А) при бронхоэктазии;
- Б) при туберкулезе;
- В) при абсцессе легкого;
- Г) при легочной секвестрации;
- Д) при агенезии легкого.

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

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

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

	<p>А) синдром напряжения в грудной полости; Б) ранение легкого инструментами; В) отек легкого; Г) легочно-сердечная недостаточность; Д) все перечисленные.</p> <p>13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз: А) пиопневмоторакс Б) ателектаз В) буллезная форма легочной деструкции Г) пиоторакс Д) пневмоторакс</p> <p>14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является: А) вертикальное; Б) лежа; В) на правом боку; Г) на левом боку; Д) любое из предложенных.</p> <p>15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются: А) единичные широкие уровни; Б) множественные мелкие уровни; В) большой газовый пузырь желудка; Г) наличие большого количества жидкости в брюшной полости; Д) свободный газ в брюшной полости.</p>
<p>2. Абдоминальная хирургия</p>	<p>16. Червеобразный отросток — это: А) рудимент; Б) функциональный орган; В) порок развития; Г) аномалия; Д) вариант развития.</p> <p>17. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит: А) обязательно; Б) необязательно; В) у детей младшего возраста по показаниям; Г) у девочек по показаниям; Д) в зависимости от клиники.</p> <p>18. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется: А) усиление болей при расположении на левом боку; Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного; В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;</p>

- Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
- Д) правое яичко расположено выше левого.

19. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:

- А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
- Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
- В) уменьшение болей в положении на животе;
- Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
- Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.

20. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

- А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
- Б) гиперлейкоцитоз;
- В) лейкопения;
- Г) отсутствие изменений;
- Д) ускоренное СОЭ.

21. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

- А) болезненное опухание суставов;
- Б) геморрагические высыпания на коже;
- В) гематурия, альбуминурия;
- Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;
- Д) комбинация перечисленных симптомов.

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

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

23. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

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

24. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

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

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

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;

- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

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

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

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

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

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

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

29. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

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

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

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

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

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

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

	<p>А) микроирригатор; Б) промывание брюшной стенки; В) марлевый тампон; Г) двухпросветный дренаж; Д) резиновый выпускник.</p> <p>33. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика: А) стационарное наблюдение; Б) амбулаторное наблюдение; В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение; Г) срочная операция; Д) операция в плановом порядке.</p> <p>34. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить: А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания; Б) лаважом брюшной полости после операции; В) лапаростомией; Г) ввести микроирригаторы; Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.</p> <p>35. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы: А) проведение консервативных мероприятий; Б) наблюдение; В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов; Г) срочная операция; Д) операция после предоперационной подготовки.</p>
<p>3.Торакальная хирургия</p>	<p>36. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз: А) гипоплазия легкого; Б) аплазия легкого В) агенезия легкого; Г) ателектаз; Д) буллы.</p> <p>37. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз: А) гипоплазия легкого; Б) аплазия легкого; В) агенезия легкого; Г) ателектаз; Д) кистозная гипоплазия.</p> <p>38. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа,</p>

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

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

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

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

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

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

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

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

42. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазы;

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

43. Пищевод Барретта это:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А) аортография;

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

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

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

50. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

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

Банк ситуационных клинических задач (примеры).

ЗАДАЧА № 1

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

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

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

St. praesens Состояние ребенка при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 117 в минуту. А/Д - 90/60. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

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

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

Решение задачи:

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

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

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

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

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

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

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

ЗАДАЧА № 2

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

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

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

St. praesens Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягкоэластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное

дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 115 в минуту. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

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

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

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

Решение задачи:

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

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

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

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

При неосложнённом течении ребёнок может быть выписан из стационара через 1,5

недели на амбулаторное долечивание у травматолога поликлиники.

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

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

ЗАДАЧА № 3

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

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

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

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

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

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

5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

Решение задачи:

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

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

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

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

ЗАДАЧА №4

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

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

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

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

Неврологический статус: Ребенок в ясном сознании, отвечает на вопросы, помнит обстоятельства травмы. Со стороны черепно-мозговых нервов патология не

обнаружена. Зрачки симметричные, фотореакция живая. Сухожильные и брюшные рефлексы симметричные без диссоциации. Патологических и менингеальных симптомов нет. Вестибулярные пробы отрицательные.

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

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

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

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

Решение задачи:

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

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

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

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

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

При неудовлетворительном стоянии отломков в гипсе ставят показания к операции.

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

ЗАДАЧА № 5

В травматологическое отделение детской больницы поступил десятилетний мальчик с жалобами на боль в левой паховой области и над лобком.

An. Morbid Со слов мальчика, был сбит автомобилем, после чего отмечает появление боли в правой паховой области, невозможность опоры на ноги. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

An. Vitae Ребенок от второй нормально протекающей беременности, вторых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый тонзиллит, бронхит. Аллергия к бензилпенициллину. Кровь не перепивалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. На коже верхних и нижних конечностей множественные ссадины. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 21 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 80/40. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

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

St. localis Отмечается болезненность при пальпации над лобком и в области бугра правой седалищной кости. Сдавление костей таза болезненно. Положительный симптом прилипшей пятки слева.

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

Решение задачи:

Диагноз: Закрытый перелом обеих ветвей левой лонной кости со смещением отломков. Травматический шок I степени.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левой паховой области и над лобком. Данных анамнеза (был сбит автомобилем "Жигули", после чего отмечает появление боли в правой паховой области, невозможность опоры на ноги), данных

объективного обследования (отмечается болезненность при пальпации над лобком и в области бугра правой седалищной кости). Сдавление костей таза болезненно. Положительный симптом прилипшей пятки слева, данные рентгенологического обследования.

Догоспитальная тактика состоит во введении обезболивающего препарата в возрастной дозировке и доставке пострадавшего ребёнка каретой скорой помощи в детский травматологический стационар на носилках в положении лёжа, максимально обеспечив двигательный покой.

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в госпитализации в палату интенсивной терапии для выведения из травматического шока (назначается адекватная инфузионная терапия). В кровати – положение Волковича. Параллельно проводится дообследование с целью исключения повреждения внутренних органов, исключения повреждения мочевого пузыря и уретры, которые часто сопутствуют переломам таза.

Применяемые методы обследования: обзорная R-графия костей таза, ретроградная уретроцистография, экскреторная урография. Необходимы осмотры хирурга, уролога, невролога.

При исключении сопутствующих повреждений и выведении из травматического шока – фиксация в положении Тренделенбурга, а при нестабильном переломе костей таза – плановая операция остеосинтеза пластиной АО, возможно применение аппарата внешней фиксации.

Средний срок нахождения в стационаре – 5-6 недель.

ЗАДАЧА № 6

Девочка 9 лет. Вес 21кг. Поступила в клинику детской хирургии 25.05.07г. с жалобами на боли в области левой голени, усиливающиеся при попытке движений, наличие ссадины на левой голени. Доставлена «скорой помощью» с места происшествия, где около часа назад была сбита легковым автомобилем. Обстоятельства, связанные с травмой помнит хорошо, сознания не теряла. Тошноты, рвоты не было.

An. morbi: ребёнок от второй беременности, вторых родов. Беременность протекала без осложнений. Родилась в срок. Росла и развивалась по возрасту, без особенностей. Из перенесённых заболеваний отмечает редкие простудные, операций и гемотрансфузий не производилось. Лекарственной непереносимости не выявлено.

St. praesens: состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Тургор кожи нормальный, жировая клетчатка развита соответственно возрасту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС - 82 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, границы лёгких в пределах нормы. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Стул и диурез, со слов мамы, в норме.

Неврологический статус без патологии.

St. localis: выраженный отёк левой голени, на передней её поверхности осаднение кожи на участке 4,0x5,0 см. Пальпация левой голени в средней трети резко болезненна, там же определяется костная крипитация. Пульс на

периферических артериях голени и стопы определяется, неврологических расстройств нет.

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

Решение задачи:

Диагноз: закрытый перелом обеих костей левой голени в средней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области левой голени, усиливающиеся при попытке движений, наличие ссадины на левой голени, данных анамнеза (доставлена «скорой помощью» с места происшествия, где около часа назад была сбита легковым автомобилем), данных объективного обследования (выраженный отёк левой голени, на передней её поверхности осаднение кожи на участке 4,0 x 5,0 см). Пальпация левой голени в средней трети резко болезненна, там же определяется костная крепитация. Пульс на периферических артериях голени и стопы определяется, неврологических расстройств нет, данных рентгенологического обследования.

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

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении системы скелетного вытяжения за пяточную кость. Обезболивание – наркоз. Назначается адекватная обезболивающая и симптоматическая терапия. На 2-е сутки производят контрольную R-графию на предмет стояния отломков на скелетном вытяжении. При хорошем стоянии отломков и отсутствии противопоказаний продолжают лечение на скелетном вытяжении 3 недели, затем накладывают гипсовую повязку по общим правилам и выписывают больного на амбулаторное лечение у травматолога. Срок гипсовой фиксации – 6-8 недель в зависимости от стояния отломков.

При неудовлетворительном стоянии отломков на скелетном вытяжении ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, металлоостеосинтез пластиной АО, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

ЗАДАЧА № 7

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

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

An. morbi Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль

в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны левого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения.

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

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

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

Общий анализ крови: эритроц. - $3,8 \times 10^{12}$ в 1 л, НЬ - 120 г/л, Нt - 30%, лейкоциты - 10×10^9 в 1 л, сегмент.- 63%, палочк. - 4, лимфоциты - 26, моноциты - 5, эозинофилы - 2, СОЭ -18 мм/ч, цв. п. - 0,9, глюкоза крови - 6,3 ммоль/л, общий белок - 68 г/л.

Анализ мочи: кол-во - 20 мл, мутная, соломенно-желтого цвета, удельный вес - 1020, белок - 0,33 г/л, лейкоциты - 4-6 в п/зр, эритроциты- 0 в п/зр., ураты.

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

Решение задачи:

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

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левом тазобедренном суставе, хромоту, данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в левом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны левого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения); данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромот. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены - преимущественно ротационные и отведение из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка

болезненна, данных рентгенологического обследования в динамике.

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

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

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

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

У данного больного показано консервативное лечение.

ЗАДАЧА № 8

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

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

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

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

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

без примесей. Стул однократный, оформленный.

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

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

Решение задачи:

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

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правом тазобедренном суставе, хромоту; данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика появилась боль в правом коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота, осмотрен ортопедом, была заподозрена патология со стороны правого тазобедренного сустава. Направлен в стационар для дальнейшего лечения; данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромот). Движения в правом тазобедренном суставе ограничены - преимущественно ротационные и отведение из-за боли, незначительная гипотрофия мышц, пальпация этого сустава слегка болезненна, данных рентгенологического обследования в динамике.

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

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

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

Применяемые операции: операции, направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (туннелизации, костная пластика на мышечной ножке); Декомпрессирующие операции (миотенофасциотомии, разгружающие аппараты внешней фиксации); Комбинированные операции (корректирующие остеотомии в сочетании с миотенофасциотомиями); Реконструктивные операции.

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

В травматологическое отделение детской больницы поступил четырехлетний ребенок с жалобами на боль в левой ноге в области левого бедра.

An. Morbid Со слов родителей, ребенок был сбит автомобилем “Жигули” при переходе дороги, после чего появилась боль в области левого бедра, невозможность опоры на ноги. Доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

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

St. praesens Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести. На коже верхних и нижних конечностей множественные ссадины. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Подкожные подчелюстные и паховые лимфатические узлы размером с горошину, мягко эластичные, безболезненные, подвижные, в остальных местах не пальпируются. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно - везикулярное дыхание. ЧД - 27 в минуту. Границы сердца в пределах нормальных. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения, наполнения. ЧСС - 129 в минуту. А/Д - 120/80. Мышечная система без признаков повреждения. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

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

St. localis Отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции средней трети левого бедра, там же определяется патологическая подвижность, осевая нагрузка вызывает боль.

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

Решение задачи:

Диагноз: закрытый перелом левой бедренной кости в средней трети со смещением отломков.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в левой ноге в области левого бедра. Данных анамнеза (со слов родителей, ребенок был сбит автомобилем “Жигули” при переходе дороги, после чего появилась боль в области левого бедра, невозможность опоры на ноги), данных объективного обследования (отмечается болезненность, деформация, отек мягких тканей в проекции средней трети левого бедра, там же определяется патологическая подвижность, осевая нагрузка вызывает боль), данных рентгенологического обследования.

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

Врачебная тактика в детском травматологическом стационаре состоит в наложении системы скелетного вытяжения за надмышечки бедренной кости, или за бугристость одноимённой большеберцовой кости. Обезболивание – наркоз. Назначается адекватная обезболивающая и симптоматическая терапия. На 2-е сутки производят контрольную R-графию на предмет стояния отломков на скелетном вытяжении. При хорошем стоянии отломков и отсутствии противопоказаний продолжают лечение на скелетном вытяжении 4-5 недель, затем накладывают гипсовую повязку по общим правилам и выписывают больного на амбулаторное лечение у травматолога. Срок гипсовой фиксации – 6-8 недель в зависимости от стояния отломков.

При неудовлетворительном стоянии отломков на скелетном вытяжении ставят показания к операции.

Применяемые у детей операции: открытая репозиция отломков, металлоостеосинтез пластиной АО, или интрамедуллярными штифтами, ЧКДО аппаратами внешней фиксации.

ЗАДАЧА № 10

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

Жалобы (со стороны родителей) на боль в правом коленном суставе, хромоту на правую ногу.

Ан. morbi: Со слов родителей, около 6 месяцев назад у мальчика упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога. Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, отёк и локальная болезненность в области бугристости правой большеберцовой кости, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ) в течение 5 месяцев – без результата. Осмотрен ортопедом. Подросток направлен в стационар для дальнейшего лечения.

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

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

самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При ходьбе мальчик хромот. Отмечается отёк мягких тканей в области бугристости правой большеберцовой кости, там же выраженная локальная болезненность при пальпации.

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

Решение задачи:

Диагноз: Болезнь Осгуда – Шлаттера (остеохондропатия бугристости большеберцовой кости) справа.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боль в правом коленном суставе, хромоту на правую ногу; данных анамнеза (со слов родителей, около 6 месяцев назад мальчик упал с велосипеда, ударился правым коленом, появилась боль в коленном суставе, по поводу чего наблюдался у хирурга поликлиники, консультирован у ревматолога). Через месяц у мальчика появилась хромота на правую ногу, отёк и локальная болезненность в области бугристости правой большеберцовой кости, лечился амбулаторно (массаж, НПВС, ФТЛ в течение 5 месяцев – без результата.); данных объективного обследования (при ходьбе мальчик хромот). Отмечается отёк мягких тканей в области бугристости правой большеберцовой кости, там же выраженная локальная болезненность при пальпации, данных рентгенологического обследования в динамике.

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

Продолжительность заболевания – 2-5 лет.

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

Применяемые операции: операции, направленные на улучшение кровоснабжения и репаративных процессов (туннелизации).

У данного больного показано консервативное лечение.

ЗАДАЧА № 11

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

назад.

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

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

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

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

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

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

Решение задачи:

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

Диагноз поставлен на основании: жалоб на наличие пузырей на коже обеих стоп и пальцах обеих стоп, которые появились после обморожения, которое произошло 3 дня назад, данных объективного обследования (отёк мягких тканей передних отделов обеих стоп). На коже пальцев обеих стоп и передних отделов обеих стоп – обширные эпидермальные пузыри, по снятии части их – дерма багрового цвета, чувствительность дермы сохранена. Капиллярный пульс на пальцах стоп сохранён.

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

ЗАДАЧА №12

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

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

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

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

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

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

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

Решение задачи:

Диагноз: закрытый вывих правого предплечья кзади.

Диагноз поставлен на основании: жалоб на боли в области правого локтевого

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

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

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

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

Срок гипсовой иммобилизации – 3 недели с последующим курсом реабилитационного лечения: ЛФК, массаж, саморазработка движений в локтевом суставе. Применение физиотерапевтических процедур на локтевом суставе у ребёнка противопоказано из-за возможного формирования гетеротопических оссификатов

ЗАДАЧА № 13

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

An. morbi Со слов родителей, во время прогулки в роще, семилетний мальчик просунул руку в трухлявый пенёк, где находилась гадюка, которая укусила его в правую руку. Мальчик почувствовал при этом резкую боль. Родители доставили ребёнка в больницу.

An. vitae Ребёнок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Рос и развивался по возрасту. Из перенесённых заболеваний родители отмечают: ОРВИ, острый бронхит, коревая краснуха. Кровь не переливалась, гормонами не лечился.

St. praesens Состояние ребёнка при поступлении среднетяжелое. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧД - 19 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и наполнения. ЧСС - 100 в минуту. А/Д - 90/60. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При осмотре на тыльной поверхности правой кисти определяются следы укуса в виде двух небольших точек. Кисть резко отечна. Место укуса незначительно кровоточит, отмечается постоянная боль жгучего характера.

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

4. Составьте и обоснуйте план лечения пациента.

5. Назовите основные факторы этиопатогенеза.

Решение задачи:

Диагноз: Укус гадюкой. (Контакт с ядовитыми змеями и ящерицами, МКБ10 - X20).

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

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

Патогенез. Летальному исходу часто предшествуют развитие сосудистой недостаточности, связанное с выраженным снижением объема циркулирующей крови, происходящим в результате скопления крови в микроциркуляторном русле, а также потери плазмы крови в результате повышенной проницаемости капилляров. Системная абсорбция яда происходит через лимфатические сосуды, поэтому для ослабления симптомов отравления полезно проведение лечебных мероприятий, направленных на уменьшение тока лимфы.

ЗАДАЧА № 14

Жалобы (со стороны родителей) на наличие укушенных ран кисти правой руки.

An. Morbid Со слов родителей, во время прогулки в лесополосе четырехлетний ребенок увидел лисицу, пытался её погладить, лисица укусила мальчика и убежала в неизвестном направлении.

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

St. praesens Состояние ребенка при поступлении относительно удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧД - 24 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и наполнения. ЧСС -106 в минуту. А/Д - 100/70. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При осмотре правой кисти на тыльной поверхности отмечается бледность кожных покровов, четыре раны размерами 0,3x0,3x0,3 см с рваными краями, следами крови и ослонения, раны незначительно кровоточат.

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

Решение задачи:

Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими

Диагностика основывается на истории заболевания (наличие укуса или попадание слюны бешеных животных на поврежденную кожу), наличии специфических симптомов и лабораторных методах диагностики. Подтверждение диагноза при обнаружении антигена вируса бешенства в отпечатках с роговицы глаза или биоптатах кожи, а также выявлении антител к вирусу в сыворотке крови. Лечение бешенства проводят, как правило, в отделениях реанимации. Лечение симптоматическое. Рекомендуются активная поддерживающая терапия (снотворные, противосудорожные, болеутоляющие средства, парентеральное питание и т.д.). Следует немедленно промыть рану мыльной водой, затем обработать перекисью водорода и немедленно обратиться в травмпункт. Не следует затягивать с обращением к врачу. Вакцинация будет эффективна только в том случае, если она была проведена не позднее 14 дней от момента укуса или ослонения бешеным животным. Если есть возможность, то надо понаблюдать за собакой в течение 10 дней. Вакцинацию можно прекратить только в том случае, если в течение 10 дней срока собака не погибла, и у нее не проявились основные признаки бешенства. Иммуноглобулин и сыворотку вводят однократно. Вакцины, используемые в настоящее время, как правило, вводятся 6 раз: инъекции делаются в день обращения к врачу (0 день), а затем на 3, 7, 14, 30 и 90 дни.

Жалобы (со стороны родителей) на наличие укушенной раны II пальца правой кисти.

An. morbi Со слов родителей, во время пребывания на загородном садоводческом участке пятилетняя девочка увидела ежа, пыталась его погладить, ёж укусил девочку за палец, и скрылся в норе.

An. vitae Ребенок от первой нормально протекающей беременности, первых срочных физиологических родов. Росла и развивалась по возрасту. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: ОРВИ, ветряную оспу. Кровь не переливалась, гормонами не лечилась.

St. praesens Состояние ребенка при поступлении относительно удовлетворительное. Видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка развита равномерно. Перкуторно в легких легочный звук, аускультативно – везикулярное дыхание. ЧД - 20 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс симметричный, удовлетворительного напряжения и наполнения. ЧСС -100 в минуту. А/Д - 105/70. Живот симметричный, участвует в дыхании, безболезненный и мягкий во всех отделах. Мочеиспускание самостоятельное, малой порцией, моча без примесей. Стул однократный, оформленный.

St. localis При осмотре II пальца правой кисти на боковой поверхности отмечаются две раны размерами 0,1x0,1x0,1 см со следами крови.

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

Решение задачи:

Укус или удар, нанесенный другими млекопитающими

Диагностика основывается на истории заболевания (наличие укуса или попадание слюны бешеных животных на поврежденную кожу), наличии специфических симптомов и лабораторных методах диагностики. Подтверждение диагноза при обнаружении антигена вируса бешенства в отпечатках с роговицы глаза или биоптатах кожи, а также выявлении антител к вирусу в сыворотке крови. Лечение бешенства проводят, как правило, в отделениях реанимации. Лечение симптоматическое. Рекомендуется активная поддерживающая терапия (снотворные, противосудорожные, болеутоляющие средства, парентеральное питание и т.д.). Следует немедленно промыть рану мыльной водой, затем обработать перекисью водорода и немедленно обратиться в травмпункт. Не следует затягивать с обращением к врачу. Вакцинация будет эффективна только в том случае, если она была проведена не позднее 14 дней от момента укуса или ослонения бешеным животным. Если есть возможность, то надо понаблюдать за собакой в течение 10 дней. Вакцинацию можно прекратить

только в том случае, если в течение 10 дней срока собака не погибла, и у нее не проявились основные признаки бешенства. Иммуноглобулин и сыворотку вводят однократно. Вакцины, используемые в настоящее время, как правило, вводятся 6 раз: инъекции делаются в день обращения к врачу (0 день), а затем на 3, 7, 14, 30 и 90 дни.

ЗАДАЧА № 16

Жалобы (со стороны родителей) на наличие рвано-укушенной раны левой голени.

An. morbi Со слов родителей, сосед по улице, владелец кавказской овчарки, находясь в состоянии сильного алкогольного опьянения, натравил собаку на людей, в результате чего она покусала шестилетнего мальчика.

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

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

St. localis При осмотре левой голени, в средней трети по задней поверхности имеется рваная рана размерами 3,0x4,0x0,5 см с рваными краями, следами ослюнения, рана умеренно кровоточит.

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

Решение задачи:

Укус или удар, нанесенный собакой: дом.

Диагностика основывается на истории заболевания (наличие укуса или попадание слюны бешеных животных на поврежденную кожу), наличии специфических симптомов и лабораторных методах диагностики. Подтверждение диагноза при обнаружении антигена вируса бешенства в отпечатках с роговицы глаза или биоптатах кожи, а также выявлении антител к вирусу в сыворотке крови. Лечение бешенства проводят, как

правило, в отделениях реанимации. Лечение симптоматическое. Рекомендуется активная поддерживающая терапия (снотворные, противосудорожные, болеутоляющие средства, парентеральное питание и т.д.). Следует немедленно промыть рану мыльной водой, затем обработать перекисью водорода и немедленно обратиться в травмпункт. Не следует затягивать с обращением к врачу. Вакцинация будет эффективна только в том случае, если она была проведена не позднее 14 дней от момента укуса или ослюнения бешеным животным. Если есть возможность, то надо понаблюдать за собакой в течение 10 дней. Вакцинацию можно прекратить только в том случае, если в течение 10 дней срока собака не погибла, и у нее не проявились основные признаки бешенства. Иммуноглобулин и сыворотку вводят однократно. Вакцины, используемые в настоящее время, как правило, вводятся 6 раз: инъекции делаются в день обращения к врачу (0 день), а затем на 3, 7, 14, 30 и 90 дни.

ЗАДАЧА № 17

Жалобы: приступы кашля, однократную рвоту.

An.morbi: Родители отмечают, что во время игры ребенок закашлялся. Кашель носил приступообразный характер, сопровождавшийся рвотой, кратковременным апноэ и цианозом. Через некоторое время состояние ребенка улучшилось - поведение стало обычным, дыхание стабилизировалось, но сохранялись кратковременные приступы кашля, которые родителями расценились как результат простуды. Родители ребенка самостоятельно обратились к участковому педиатру, который после осмотра срочно направил ребенка на консультацию в клинику детской хирургии.

An.vitae: До 2 лет 5 мес рос и развивался по возрасту. Перенес ветряную оспу, состоит на учете у гастроэнтеролога, психоневролога, педиатра (группа ЧБД). Кровь и ее заменители не переливались. Гормональные препараты не принимал. Лекарственной аллергии не отмечено.

St.praesens: Состояние ребенка при поступлении средней степени тяжести за счет дыхательной недостаточности. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника. Дыхание носовое, свободное. Ребенок в сознании. На осмотр реагирует адекватно. Неврологический статус без менингеальных знаков и очаговой симптоматики. Грудная клетка несколько ассиметрична, отмечается отставание в дыхании правой половины, эластична, ригидна. ЧД -40 в 1 минуту, PS- 130 в 1 минуту. Живот обычной формы без ассиметрии и выбуханий, мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет.

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

Решение задачи:

Диагноз. Инородное тело правого главного бронха.

Аспирации инородных тел в дыхательные пути содействует порочная привычка детей держать во рту мелкие предметы. У мальчиков чаще находят винтики, гвозди, детали игрушек, радиоприемников и т. п., у девочек — иглы, бусы, булавки и др. Попаданию такого предмета в дыхательные пути способствует понижение рефлекторной возбудимости слизистой дыхательных путей во время сна или наркоза. Симптомы аспирации инородного тела с самого начала бурные: появляется приступ рефлекторного кашля, который в зависимости от характера и размера инородного тела сопровождается затруднениями дыхания разной степени вплоть до асфиксии, нарушениями фонации рвотой. Если инородное тело из воздухоносных путей сразу не удалено, то дальнейшие симптомы определяются размерами, формой и материалом: его, а также временем пребывания в легком. Обычно приступы кашля повторяются, особенно ночью. С кашлем выделяется мокрота, нередко с примесью крови, если края инородного тела острые. Инородное тело иногда пропускает воздух только при вдохе, т. е. играет роль клапана. В таких случаях отмечается характерный шум «хлопанья», устанавливаемый аускультацией, а также определяемый пальпацией. Этот шум объясняется подвижностью инородного тела: при выдохе струя воздуха подбрасывает его кверху и он ударяется о спазматически закрывающиеся истинные голосовые связки. Аускультация «хлопанья» производится на трахее. При пальпации ее пальцы левой кисти накладываются на область яремной ямки (А. И. Фельдманн). Инородное тело суживает просвет бронха. Вследствие затруднения выдоха возникает эмфизема соответствующего участка легкого. При значительном сужении просвета бронха воздух не проходит даже при вдохе, развивается коллапс данного участка легкого. Если просвет бронха закрыт не полностью, то ниже места его сужения со временем может образоваться бронхоэктазия. Инородное тело всегда вносит инфекцию и вызывает местную ответную реакцию. Слизистая оболочка бронха набухает, становится гиперемированной, изъязвляется, развивается неразрешающийся бронхит или бронхопневмония, наконец, абсцесс легкого. Все эти симптомы объединены в синдром Голцкнехта. При постановке диагноза следует учитывать анамнез, клинические симптомы, данные бронхоскопии и бронхографии. Из анамнестических данных наряду с указаниями самого ребенка и очевидцев для инородного тела бронхов и легких характерно внезапное появление приступа кашля с афонией и нарушениями дыхания вплоть до асфиксии. Подобная картина может иногда наблюдаться при дифтерии, но тогда в анамнезе уже до начала кашля были заболевание горла, повышение температуры, картина нарастающего заболевания. При ложном крупе приступу предшествует катаральное заболевание верхних дыхательных путей. При папилломе гортани афония нарастает медленно. На стороне инородного тела, если оно достаточно большое, экскурсии трудной клетки отстают, в акте дыхания участвуют вспомогательные дыхательные мышцы, крылья носа, яремные ямки и межреберья принимают явное участие (западают и вздуваются). С кашлем вскоре начинает выделяться мокрота;

примесь крови к ней появляется при травмирующих (острых) инородных телах. У части больных (по А. И. Фельдману, у 15%) с находящимися в бронхах инородными телами отмечается боль на соответствующей стороне грудной клетки. Обнаружить инородное тело в бронхе удается при бронхоскопии. Одновременно производится и удаление его. Большинство инородных тел, особенно металлических, дает тень на рентгеновском экране или на рентгенограмме. Их обнаруживают многопроекционной рентгеноскопией или рентгенографией во взаимно перпендикулярных проекциях, особенно томографией. Естественная, или так называемая воздушная, бронхография вполне убедительна, если плоскость томографии проходит через плоскость соответствующего бронха. Наиболее доказательно контрастное рентгенологическое исследование бронхов — бронхография. Рентгенологические симптомы инородных тел в бронхах и в легких бывают прямыми (морфологическими) и косвенными (функциональными) (С. А. Рейнберг). Прямые симптомы — это признаки сужения крупного бронха инородным телом. Среди косвенных симптомов характерны нарушения бронхиальной проходимости: сквозная частичная, клапанная (вентильная) и полная закупорка.

Лечение: бронхоскопия под наркозом и удаление инородного тела.

ЗАДАЧА № 18

У ребенка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Температура тела нормальная. При аускультации сердца и легких - без особенностей. Живот умеренно вздут в мезогастрии, больше слева, где четко определяется видимая перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации - выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щеткина -Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец. Со слов матери в возрасте 4-х лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом.

Общий анализ крови: эр.-2,8 x 10¹²/л, Нв – 91 г/л, лейкоц.15,5x10⁹/л, и-20,с-65, л-5, м-10, эоз-0, СОЭ – 40мм/ч.

Общий анализ мочи: мутн., темно-желт., уд.вес – 1030, лейкоц. – 2 в п/зр, эр. – 1-2вп/зр., оксалаты – незн. кол-во, белок – не обн.

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

Решение задачи:

Диагноз. Острая спаечная кишечная непроходимость, поздняя стадия.

Необходимо выполнить обзорную рентгенограмму брюшной полости, провести консервативное лечение (промывание желудка, анальгетики и спазмолитики, внутривенная стимуляция кишечника (10% раствор хлорида натрия по 2 мл на год жизни, 0,05% р-р неостигмина метилсульфата по 0,1 мл на 1 год жизни, а затем через 30-40 минут - сифонная клизма).

Основной метод диагностики – УЗИ, оценка кровотока в стенке кишечника. При успешном консервативном лечении, но сохранении приступов болей в животе возможно исследование пассажа бария по кишечнику. Отсутствие эффекта от консервативного лечения - показание к экстренной операции.

Основные факторы возникновения послеоперационного спаечного процесса: длительно сохраняющийся воспалительный процесс, устойчивый к действию антибиотиков, и выраженный парез кишечника;

Большая травматичность открытого лапаротомного доступа;

Индивидуальная наследственная предрасположенность к образованию спаек;

Иммунные нарушения.

ЗАДАЧА № 19

Ребенок 2 лет, вес 14 кг, поступил с жалобами на обильное слюнотечение, беспокойное поведение, учащенное затрудненное дыхание, слабость.

Анамнез заболевания: час назад случайно выпил неустановленное количество щелочного электролита. Отмечалась многократная рвота. Медицинская помощь не оказывалась.

Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Перенес ОРВИ. Аллергия отрицается. Кровь, плазма не переливались. Привит по возрасту.

Объективно: состояние тяжелое. Ребенок вялый, температура тела 39,5°C. Голос осипший. Кожа резко бледная. Отмечается гиперсаливация. Слизистая ротоглотки, языка отечна, гиперемирована, покрыта кровотокающими аррозиями. Дыхание стонущее. ЧДД - 65-70 /мин. Дыхание ослаблено по всем легочным полям, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧСС – 180 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: эр. - 3.0×10^{12} Нв-100 г/л, лейкоц. - 15.5×10^9 , п-20, с-70%, л-5, м-5, эоз-0, СОЭ - 44 мм/ч.

Общий анализ мочи: прозрач., св.-желт., уд. вес - 1010, лейкоц. - 2 в п/зр, эр. - 1-2 в п/зр., оксалаты - нези. кол-во, белок - не обн.

Эзофагоскопия: в верхней трети пищевода - резкий отек, гиперемия слизистой, кровотокающие аррозии.

Ларингоскопия: в области голосовых связок определяются резкий отек,

гиперемия.

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

Решение задачи:

Диагноз: Химический ожог пищевода и дыхательных путей I-II степени. Диагноз поставлен на основании: жалоб на обильное слюнотечение, беспокойное поведение, учащенное затрудненное дыхание, слабость; данных анамнеза: час назад случайно выпил неустановленное количество щелочного электролита; объективного обследования: состояние тяжелое. Ребенок вялый, температура тела 39,5°C. Голос осипший. Кожа резко бледная. Отмечается гиперсаливация. Слизистая ротоглотки, языка отечна, гиперемирована, покрыта кровоточащими аррозиями. Дыхание стонущее. ЧДД - 65-70 /мин. Дыхание ослаблено по всем легочным полям, выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧСС – 180 в минуту; инструментального исследования: Эзофагоскопия: в верхней трети пищевода - резкий отек, гиперемия слизистой, кровоточащие аррозии. Ларингоскопия: в области голосовых связок определяются резкий отек, гиперемия.

Проведите дифференциальный диагноз.

План обследования больного. Необходимо провести лабораторное обследование: общие анализы крови и мочи, биохимия крови, коагулограмма, рН крови, газы крови.

Неотложная помощь.

Нейтрализация проглоченных веществ. Промыть полость рта водой. В первые 6 часов промывание желудка через зонд 5-8 литров. Категорически запрещается вызывать рвоту, так как кислотное содержимое желудка усугубит состояние пораженных органов, возможно возникновение аспирации рвотными массами с развитием впоследствии аспирационной пневмонии. Можно дать выпить 0,25% новокаин и (или) альмагель с анестезином или просто альмагель, средства снижающие секрецию желудка (H₂-гистаминоблокаторы, блокаторы протоновой помпы). Некоторые авторы рекомендуют давать молоко, однако молоко противопоказано при отравлении нефтепродуктами.

Профилактика и лечение шока. Введение анальгетиков (наркотических анальгетиков, Нестероидных противовоспалительных средств), введение гормонов,.

Дезинтоксикационная терапия. Введение глюкозосолевых растворов. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия. Коррекция водноэлектролитного баланса. При прогрессировании дыхательной недостаточности проводят продленную назотрахеальную интубацию. Через 7 дней необходимо провести эзофагоскопию с целью уточнения диагноза и глубины поражения местных тканей и возможное решения вопроса о проведении профилактического бужирования.

Химический ожог пищевода – местное повреждение стенки пищевода

вследствие случайного или преднамеренного приёма через рот химического вещества прижигающего действия. Химический ожог пищевода сопровождается токсическим резорбтивным действием. Вещества прижигающего действия - химические вещества или их смеси, вызывающие при контакте со слизистыми оболочками или кожными покровами химический ожог, сопровождающийся общетоксическими симптомами. Химический ожог пищевода сопровождается токсическим резорбтивным действием. Причиной химического ожога пищевода у детей является случайный приём через рот концентрированных растворов неорганических или органических кислот (азотной, серной, соляной, уксусной, щавелевой), растворов щелочей (едкого натра, едкого калия), а также сильных окислителей (перманганата калия, перекиси водорода, других окислителей, входящих в состав многочисленных современных моющих, чистящих, отбеливающих средств), аммиака, ацетона, йода. Наиболее часто страдают дети в возрасте от 1 до 3 лет. Это тот возраст, когда дети начинают познавать мир и по недосмотру взрослых всё новое пробуют на вкус. Дети чаще всего проглатывают небольшое количество прижигающего вещества и главной проблемой бывают не столько отравления, сколько их последствия, а именно рубцовые сужения пищевода. При всем при этом летальность при химических ожогах остается относительно высокой - от 2 до 15%. в настоящее время большая часть ожогов пищевода связана с приемом концентрированной уксусной кислоты, а наиболее тяжелые ожоги возникают после воздействия щелочей и кристаллического перманганата калия. Степень ожога, как вы понимаете, зависит от рН вещества, концентрации, физических свойств вещества, количества и времени контакта с органами. Кислоты формируют коагуляционный или «сухой» некроз. Разрушая мембраны клеток слизистой оболочки и мембраны сосудистой стенки кистота проникает в сосудистое русло и вызывает метаболический ацидоз, который ведет к гемолизу эритроцитов, который в свою очередь приводит к развитию гемоглинурическому нефрозу и токсическому гепатиту с последующему развитию печеночно-почечной недостаточностью. Ожоги щелочами вызывают более тяжелое и глубокое повреждение. Щелочи быстро и глубоко, проникают в ткани за счет омыления жиров и разрыхления тканей, вызывая т.н. «влажный» некроз. С белками тканей образуются хорошо растворимые в воде щелочные альбуминаты с образованием мягкого и рыхлого струпа колликвационного некроза. Повреждение может быть настолько серьезным - вплоть до трансмурального некроза с развитием перфораций, параэзофагеальной фрегоны и медиастинита. Преманганат калия – это сильнейший окислитель, и поэтому его кристаллы при соприкосновении со слизистой оболочкой полностью растворяются и оказывают прижигающее действие. Для кристаллов $KMnO_4$ характерно поражение верхних отделов пищеварительного тракта и дыхательных путей с вовлечением гортаноглотки, надгортанника и голосовых связок. С момента поступления агрессивного агента в пищевод возникает рефлекторный спазм его мышц, который особенно выражен в зоне физиологических сужений. Спазм задерживает поступление жидкости в желудок, но увеличивает экспозицию действия агента на стенку пищевода, что приводит к более глубокому поражению тканей. Патофизиологический процесс при химическом ожоге делится на 3 фазы:

1. фаза рефлекторного спазма

2. фаза светлого промежутка, когда выраженность дисфагии снижается
3. фаза прогрессирующего стеноза пищевода, связанная с образованием рубцовой ткани. Существует несколько классификаций ожогов пищевода. В России принята следующая:

1. Легкая (I) степень сопровождается катаральным воспалением слизистой оболочки, отёком и гиперемией. Отёк спадает на 3-4 сутки, а эпителизация наступает через 7-8 дней.

2. Средняя (II) степень характеризуется более глубоким повреждением слизистой вплоть и некрозом её эпителиальной выстилки. Заживление происходит в течение 1,5-3 недель с образованием нежных рубцов без сужения просвета пищевода.

3. Тяжелая степень(III) степень характеризуется поражением слизистой оболочки, подслизистого слоя и с поражением мышечной стенки, после которого образуются грубые рубцы, суживающие просвет пищевода. 3-4 недели.

ЗАДАЧА № 20

Ребенок, 8 лет, 20 кг, поступил в клинику детской хирургии с жалобами на затрудненное глотание твердой и полужидкой пищи.

Анамнез заболевания: 1 год назад выпил неустановленное количество уксусной эссенции, был ожог пищевода 3 степени, в связи с чем, находился на стационарном лечении в клинике детской хирургии. Затем родители забрали ребенка, не закончив лечения до конца. Больной нигде не наблюдался, не лечился. Дисфагические явления стали отмечаться два месяца назад, постепенно прогрессируя, в связи с чем, родители повторно обратились в клинику детской хирургии.

Анамнез жизни: рос и развивался соответственно возрасту. Перенес ОРВИ, ветряную оспу. Кровь, плазма переливались, лечение глюкокортикоидами получал во время лечения химического ожога пищевода. Аллергия отрицается.

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные, ЧДД- 20/мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно - ясный легочный звук. ЧСС - 90/мин, Тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный.

Больному выполнена эзофагография с бариевой взвесью.

Фиброэзофагоскопия: рубцовая ткань, циркулярно расположенная, на расстоянии 15 см. от резцов, просвет пищевода сужен ниже данного участка до 0,2 см. в диаметре. Общий анализ крови: эр. 8.0×10^{12} , п-2, с-60%, л-30, м-б, эоз - 2, СОЭ - 10 мм/ч.

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

Решение задачи:

Диагноз: Рубцовый стеноз пищевода IV степени. Состояние после перенесенного химического ожога пищевода кислотой (уксусной эссенцией) III степени

1. Обоснование. Диагноз поставлен на основании жалоб (на дисфагию к твёрдой и полужидкой пище), анамнеза (факт повреждающего действия уксусной эссенции и нарушения алгоритма лечения и диспансерного наблюдения в дальнейшем), результатах инструментального обследования (Р- и эндоскопическая картина циркулярного сужения пищевода до 0,2 см).

2. Дифференциальный диагноз. Анамнез и проведённые методы инструментального обследования позволили провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями проявляющимися дисфагией у детей: острый эзофагит, инородные тела пищевода, гастроэзофагеальный рефлюкс, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, стриктуры пищевода при онкологических заболеваниях и др.

3. План обследования. При отсутствии подобного анамнеза (ХОП III ст.) пациентам с рубцовыми стриктурами пищевода (РСП), кроме Р- исследования пищевода и желудка с контрастированием и ФЭГДС, для выявления причины формирования стеноза могут быть применены следующие методы: Эндоскопическая рН-метрия (для подтверждения диагноза ГЭРБ); Эзофагоманометрия (в случае подозрения на нарушения моторной функции пищевода); КТ органов грудной клетки и живота (когда стриктура определяется как злокачественная или считается, что причиной сужения пищевода является внешняя патология); Эндоскопическая ультрасонография (для оценки характера стриктуры, стадии и степени тяжести злокачественного процесса). Для уточнения характера анемии необходим лабораторный контроль ОАК с определением, кроме представленных показателей, ЦП, ретикулоцитов, а также БХК с определением уровня сывороточного железа, общего белка. Всем пациентам с стриктурами пищевода на фоне консервативной терапии и бужирования показан регулярный Р- и эндоскопический контроль.

4. План лечения. Основным методом лечения различных РСП является бужирование, то есть расширение стриктуры с помощью специальных инструментов – бужей. При этом происходит растяжение и частичное разрушение грануляций и соединительной ткани в области стриктуры, что ведет к восстановлению просвета пищевода и, следовательно, полноценного перорального питания. Существует несколько способов бужирования: бужирование «вслепую», через рот; введение бужа под прямым контролем эндоскопа; бужирование по направляющей струне-проводнику; бужирование «за нить» при наличии гастростомы у пациента. В данном случае более безопасным и эффективным представляется бужирование по проводнику. При прогрессировании дисфагии у пациента и невозможности адекватного энтерального кормления через рот, возможно наложение гастростомы для кормления и бужирования «за нить». С целью профилактики и лечения анемии необходимо назначение витаминных комплексов и препаратов железа под лабораторным контролем. При невозможности проведения бужирования или при его неэффективности показана эзофагопластика (ЭП) – операция замещения непроходимого пищевода другим участком ЖКТ. У детей чаще используется ЭП ободочной кишкой – загрудинная коло-эзофагопластика.

5. Этиопатогенез. РСП являются осложнением острых или хронических воспалительных процессов пищевода различной природы. В данном клиническом примере сужение развилось в исходе коррозивного эзофагита, обусловленного химическим ожогом уксусной эссенцией. Эзофагиты другой этиологии, как

причина РСП, встречаются у детей реже, например, рефлюкс-эзофагиты при ГЭРБ или при ГПОД. Ещё реже встречаются специфические эзофагиты (при туберкулезе, сифилисе, дифтерии, системных заболеваниях соединительной ткани – чаще склеродермии, радиационном поражении и др.). Воздействие кислоты на слизистую пищевода ребёнка при случайном или преднамеренном проглатывании вызывает местные повреждения в виде коагуляционного некроза. В течении ожоговой болезни выделяют IV периода: I период – гиперемия, отек, некроз; II период – формирование ожогового струпа; III период – отторжение ожогового струпа; IV период – формирование рубцовой стриктуры. Первые 3 периода продолжаются в среднем по 2 недели, в зависимости от степени тяжести и глубины поражения, IV период от 2 недель до 2 лет. В клинической картине IV периода ведущим является симптомокомплекс нарушения проходимости пищевода, который составляют дисфагия, пищеводная рвота, потеря массы тела. Невозможность нормального питания в течение длительного времени объясняет развитие дефицитной анемии у многих пациентов этой группы. Появление и прогрессирование симптоматики различаются при разных степенях тяжести ХОП. Тяжесть ожога зависит от характера, концентрации и количества выпитой агрессивной жидкости. Различают три степени тяжести химического ожога пищевода. I степень характеризуется поражением поверхностных слоев эпителия слизистой пищевода. Вследствие ожога развивается десквамативный эзофагит, в исходе которого, как правило, происходит полное выздоровление. При II степени ожога слизистая поражается на всю глубину с частичным вовлечением подслизистого слоя. Развивается язвенно-некротический эзофагит, а впоследствии – послеожоговая РСП, которая, как правило, хорошо поддается бужированию при соблюдении регламентированных сроков. При III степени, которая отмечена у данного пациента, наблюдается поражение всех слоев стенки пищевода, нередко некроз распространяется на параэзофагеальную клетчатку, трахею, плевру, перикард и другие органы. Соответственно, рубцовые изменения в этом случае более грубые, сложнее поддаются бужированию. Существует вероятность перфорации истонченной, рубцово-измененной стенки пищевода при проведении бужирования.

ЗАДАЧА № 21

Ребенок 2 лет, вес 13 кг, поступил в клинику детской хирургии с жалобами на слабость, сильный кашель, температуру до 40,0° С, затрудненное учащенное дыхание, отсутствие аппетита.

Анамнез заболевания: заболел остро, когда появились кашель, насморк, повышение температуры тела до 39,5° С. Лечился в течение недели амбулаторно от ОРВИ (парацетамол, сосудосуживающие капли в нос). Эффекта от лечения не наблюдалось. В связи с резким ухудшением состояния (беспокойное поведение, учащенное шумное дыхание) выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки (снимок прилагается). Для дальнейшего лечения направлен в клинику детской хирургии.

Анамнез жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза I половины. Роды в срок. Вес при рождении - 3300 г, закричал сразу. На грудном вскармливании до 4 мес. Перенесенные заболевания - ОРВИ - 2-3 раза/год. Кровь и плазму не переливали. Гормонами не лечился. Пищевая и лекарственная аллергия отрицаются. Привит по возрасту. Туберкулезный контакт отрицается.

Объективно: состояние тяжелое за счет дыхательной и сердечнососудистой

недостаточности, гипертермии, интоксикации. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие. Температура тела - 40° С. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД - 80/мин. Дыхание стонущее. Правая половина грудной клетки в акте дыхания участия не принимает. Дыхание справа не выслушивается, перкуторно - притупление перкуторного звука по всем легочным полям. Слева дыхание ослаблено, большое количество разнокалиберных хрипов. ЧСС – 180 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание редкое. Стула не было 2 суток. Общий анализ крови: эр. - 2.7×10^{12} , Нв - 83 г/л, лейкоц. - 16.0×10^9 , п-24, с-71%, л-5, м-0, эоз - 0, СОЭ - 65 мм/ч.

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

Решение задачи:

1. Диагноз: Острая внебольничная полисегментарная деструктивная пневмония справа. Плеврит справа. Пневмоторакс справа. ДН II. Диагноз поставлен на основании жалоб: слабость, сильный кашель, температуру до 40,0° С, затрудненное учащенное дыхание, отсутствие аппетита; анамнеза: заболел остро, когда появились кашель, насморк, повышение температуры тела до 39,5° С. Лечился в течение недели амбулаторно от ОРВИ (парацетамол, сосудосуживающие капли в нос). Эффекта от лечения не наблюдалось. Ухудшения состояния за счет нарастания явлений дыхательной недостаточности. Объективного обследования: состояние тяжелое за счет дыхательной и сердечнососудистой недостаточности, гипертермии, интоксикации. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие. Температура тела - 40° С. ЧДД - 80/мин. Дыхание стонущее. Правая половина грудной клетки в акте дыхания участия не принимает. Дыхание справа не выслушивается, перкуторно - притупление перкуторного звука по всем легочным полям. Слева дыхание ослаблено, большое количество разнокалиберных хрипов. ЧСС – 180 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание редкое. Стула не было 2 суток.
2. Проведите дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится с туберкулезом, бронхитом.
3. Пациенту необходимо выполнить рентгенографию органов грудной клетки в 2 проекциях или спиральную компьютерную томографию. Также необходимо лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимия крови (с обязательными индикаторами воспаления), коагулограмма, группа крови и резус фактор (ребенку будет необходима трансфузия компонентов крови), газы крови. РН крови.
4. Лечение должно проводиться интенсивно, ибо жизнь ребенка в опасности, и даже в настоящее время наблюдается высокая

смертность. Гной необходимо эвакуировать. В данной ситуации ребенку показано дренирование левой плевральной полости, так как объем гнойного отделяемого очень велик и требуется постоянная эвакуация гнойного отделяемого. Антибактериальная терапия проводится минимум двумя антибиотиками (в основном цефалоспорины и аминогликозиды) до определения лекарственной чувствительности. Инфузионная терапия проводится с учетом возраста и веса ребенка, а также гипертермии и других потерь. Необходима иммунотерапия. Коррекция системы гемостаза под контролем коагулограммы.

Эмпиема плевры у детей возникает при скоплении гноя в плевральной полости, являясь у большинства из них результатом инфицирования выпота, связанного с некупирующимся легочным сепсисом или пневмонией. Эмпиема плевры у детей в своем развитии проходит через три стадии: экссудативная или острая стадия, когда скопление жидкости в плевре (с рН в основном ниже 7,2) незначительное и удаляется из грудной полости без трудностей; фибринозно-гнойная стадия, с образованием большого количества полиморфноядерных клеток и отложениями фибрина, снижением рН и уровня глюкозы, с формированием множественных полостей и стадия организации, в которой экссудат становится густым, а фибрин пронизывается фибробластами.

ЗАДАЧА № 22

Новорожденная девочка Г., переведена в клинику детской хирургии из областного родильного дома.

Ап. Morbi. С рождения у ребенка отмечались пенистые выделения из носа и рта. При попытках кормления - срыгивание. Глубина проведения желудочного зонда - 5 см. При введении воздуха по зонду, последний с шумом выходит через нос. Ребенок консультирован хирургом РКЦ, который рекомендовал перевод в хирургический стационар.

Ап. vitae. Ребенок от 3 беременности, 3 родов в срок 38 недель. В течение беременности неоднократно госпитализировалась в связи с угрозой прерывания беременности. Вес ребенка при рождении - 2320, рост - 48 см. Оценка по шкале Апгар - 7 баллов.

St.praesens. Состояние ребенка тяжелое. На внешние раздражители реакция сохранена. Крик громкий, движения активные. На осмотр реагирует двигательным беспокойством и криком. Большой родничок - 1,5x1,5 см на уровне костей черепа. Отмечается тремор подбородка. Рефлексы орального автоматизма вызываются, но быстро истощаются. Сухожильные рефлексы S=D с клонусами. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Симптом «белого пятна» отрицательный. Температура тела 36,8⁰ С. Из ротовой полости - обильное слизистое отделяемое. Дыхание самостоятельное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧД до 40 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЦСС до 140 в 1 мин. Живот обычной формы, симметричен, не вздут. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стула не было. Моча по уретральному катетеру - светлая. На рентгенограммах органов брюшной полости определяется умеренное газонаполнение в кишечнике. При контрастном обследовании пищевода - контраст задерживается в верхних отделах на уровне Th I-II. Проба Элефанта (+). ОАК-Эр-5,52·10¹², Нв-214 г/л, Нт-61,6%, Ле-10,0x10⁹, ю-1, п-10, э-0, м-2,л-19,

СОЭ - 3 мм/ч. Биохимия крови: Бил-139,9 мкм/л, пр-0, непр-139,9 мкм/л, Тим- 1,2 ед, АсАТ-0,37, АлАТ- 0,09. Электролиты крови: Na- 144.1, К-4,59.

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

Решение задачи

1. Диагноз: ВПР. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом. Диагноз поставлен на основании жалоб и анамнеза: С рождения у ребенка отмечались пенные выделения из носа и рта. При попытках кормления - срыгивание. Глубина проведения желудочного зонда - 5 см. При введении воздуха по зонду, последний с шумом выходит через нос. В течение беременности неоднократно госпитализировалась в связи с угрозой прерывания беременности. Объективного обследования: Проведите дифференциальный диагноз. Состояние ребенка тяжелое. На внешние раздражители реакция сохранена. Крик громкий, движения активные. На осмотр реагирует двигательным беспокойством и криком. Большой родничок - 1,5x1,5 см на уровне костей черепа. Отмечается тремор подбородка. Рефлексы орального автоматизма вызываются, но быстро истощаются. Сухожильные рефлексы S=D с клонусами. Кожа и видимые слизистые чистые, розовые. Симптом «белого пятна» отрицательный. Температура тела 36,8⁰ С. Из ротовой полости - обильное слизистое отделяемое. Дыхание самостоятельное, проводится по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧД до 40 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЦСС до 140 в 1 мин. Живот обычной формы, симметричен, не вздут. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стула не было. Моча по уретральному катетеру — светлая. На рентгенограммах органов брюшной полости определяется умеренное газонакопление в кишечнике. При контрастном обследовании пищевода - контраст задерживается в верхних отделах на уровне Th I-II. Проба Элефанта (+)
2. Дифференциальный диагноз. Анамнез и проведенные методы инструментального обследования позволили провести дифференциальный диагноз с другими пороками развития пищевода проявляющимися подобной клиникой: врожденный стеноз пищевода, изолированный трахеопищеводный свищ, объемные образования средостения, вызывающие компрессию пищевода снаружи.
3. Этиопатогенез. Атрезия пищевода (АП) - врожденное недоразвитие пищевода с полным отсутствием физиологического просвета и эзофагеальной непроходимостью. Возникновение атрезии связано с нарушениями формирования (закладки) пищевода на ранних стадиях (с 4 по 12 недели) внутриутробного развития плода. Пищевод и трахея, развиваются из одного общего зачатка – краниального отдела первичной кишки и в раннем эмбриогенезе сообщаются друг с другом. АП может появиться в процессе их разделения при нарушении направления и скорости роста трахеи и пищевода, неполной отшнуровке дыхательной трубки от пищевода и нарушении его питания, а также при неправильном процессе реканализации, который проходят все образования кишечной трубки. Выделяют 5 типов АП, но чаще всего,

около 85-90% случаев, встречается АП с нижним трахеопищеводным свищём (НТПС), наличие которого обуславливает развитие после рождения у ребёнка дыхательной недостаточности из-за «синдрома обкрадывания» и рефлюкса агрессивного желудочного содержимого в дыхательные пути, а так же нарастающее вздутие живота и вероятность развития спонтанной перфорации желудка. В связи с риском данных осложнений АП требует немедленной диагностики (в первые 12-24 часа после рождения).

4. План обследования. Чаще всего данный порок развития может быть диагностирован при УЗИ-скрининге у плода. Сразу после рождения у ребенка проявляется яркой клинической картиной: ложной гиперсаливацией, нарушением дыхания, невозможностью приема пищи ввиду ее регургитации, вздутием или западением живота, развитием аспирационной пневмонии. При малейшем подозрении на АП новорожденным в родзале выполняют интраназальное зондирование пищевода с помощью резинового катетера или зондом. При атрезии зонд невозможно провести в желудок, он упирается в слепой конец пищевода или заворачивается и выходит обратно. В сомнительных случаях проводят пробу Элефанта с введением в пищевод через катетер порции воздуха, который при наличии атрезии с шумом выходит из носоглотки. Для определения характера поражения лёгочной ткани, типа и уровня АП, наличия, либо отсутствия НТПС выполняют обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием водорастворимым контрастом проксимального сегмента пищевода через зонд. Наличие воздуха в желудке и в кишечнике указывает на наличие НТПС. Наличие горизонтальных уровней в желудке и в расширенной 12 перстной кишке является признаками сопутствующей высокой кишечной непроходимости, например атрезии 12 п.к. В связи с частым сочетанием АП с другими ВПР, необходим осмотр перианальной области и зондирование прямой кишки для исключения вариантов атрезии прямой кишки, ЭХО-КГ и УЗИ почек для выявления сочетанных аномалий сердечно-сосудистой и моче-выделительной системы.
5. План лечения. При наличии АП, особенно с НТПС, ребёнку показано срочное оперативное лечение. Идеальным является перевязка НТПС с наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза при торакотомии или торакоскопии. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от формы атрезии пищевода и состояния ребенка. При высоком риске радикальной операции ставится вопрос о формировании гастростомы для декомпрессии желудка. При атрезии пищевода с дистальным свищом и малом операционном риске (доношенности новорожденного, отсутствии у него тяжелых сочетанных пороков и внутричерепной родовой травмы) выполняется торакотомия с разделением свища, наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза «конец в конец». При диастазе между сегментами пищевода, превышающем 1,5 - 2 см, возможно двухэтапное оперативное вмешательство: формирование гастростомы и шейной эзофагостомы, а в последующем - экстраплевральную коррекцию атрезии с закрытием свища или реконструктивную пластику пищевода участком толстой кишки. В современных источниках указывают на успешное применение методики элонгации пищевода по Фокеру с последующим отсроченным эзофагоэзофагоанастомозом.

ЗАДАЧА № 23

Ребенок 2 лет, вес 14 кг, поступил в клинику детской хирургии с жалобами на слабость, затрудненное учащенное дыхание, кашель, повышение температуры тела до 40,0 °С, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: заболел остро, когда появились насморк, кашель, T - 38.7°С. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ (жаропонижающие, симптоматическая терапия). На фоне проводимого лечения состояние прогрессивно ухудшалось (дыхание стало учащенным и затрудненным, температура держалась на высоких фебрильных цифрах). Для исключения пневмонии выполнена рентгенография органов грудной клетки (снимок прилагается), после чего ребенок направлен в клинику детской хирургии.

Анамнез жизни: рос и развивался по возрасту, прививки в срок.

Перенесенные заболевания: ОРВИ - 2-3 раза в год, ветряная оспа.

Аллергия на полусинтетические пенициллины - сыпь. Кровь и плазму не переливали. Гормонами не лечился. Туберкулезный контакт отрицается.

Объективно: состояние тяжелое за счет интоксикации, дыхательной недостаточности и гипертермии. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 40°С. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД - 80/мин. Дыхание стонущее. Левая половина грудной клетки участия в дыхании не принимает. Дыхание справа жесткое, большое количество разнокалиберных, влажных хрипов, незначительное притупление перкуторного звука над всеми легочными полями. Слева дыхание не выслушивается, резкое притупление перкуторного звука над всем легким. ЧСС - 175-185 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание редкое. Стула не было 3 суток.

Общий анализ крови : эр. - 2.5×10^{12} /л, Нв-80 г/л, лейкоц. – 12×10^9 /л, п-20, с-68%, л-5, м-5, эоз-2, СОЭ - 55 мм/ч.

Биохимические анализы крови: общий белок - 50 г/л.

Плевральная пункция слева: получено 300 мл густого гноя с фибрином.

Микроскопически: нейтрофилы на все поле зрения, кокки.

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

Решение задачи:

1. Поставьте диагноз. Обоснуйте его. Диагноз: Острая внебольничная полисегментарная деструктивная пневмония слева. Эмпиема плевры слева.

ДН II. . Диагноз поставлен на основании жалоб: слабость, затрудненное учащенное дыхание, кашель, повышение температуры тела до 40,0° С, плохой аппетит; анамнеза: заболел остро, когда появились насморк, кашель, Т - 38.7°С. Лечился амбулаторно по поводу ОРВИ (жаропонижающие, симптоматическая терапия). На фоне проводимого лечения состояние прогрессивно ухудшалось (дыхание стало учащенным и затрудненным, температура держалась на высоких фебрильных цифрах); данных объективного обследования: состояние тяжелое за счет интоксикации, дыхательной недостаточности и гипертермии. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела 40°С. Кожа и видимые слизистые бледные, сухие. Подкожно-жировая клетчатка выражена хорошо, распределена равномерно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. ЧДД - 80/мин. Дыхание стонущее. Левая половина грудной клетки участия в дыхании не принимает. Дыхание справа жесткое, большое количество разнокалиберных, влажных хрипов, незначительное притупление перкуторного звука над всеми легочными полями. Слева дыхание не выслушивается, резкое притупление перкуторного звука над всем легким. ЧСС - 175-185 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, умеренно вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах.; данных плевральной пункции: получено 300 мл густого гноя с фибрином. Микроскопически: нейтрофилы на все поле зрения, кокки.

2. Проведите дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз проводится с туберкулезом, бронхитом.
3. Пациенту необходимо выполнить рентгенографию органов грудной клетки в 2 проекциях или спиральную компьютерную томографию. Также необходимо лабораторное обследование: общий анализ крови и мочи, биохимия крови (с обязательными индикаторами воспаления), коагулограмма, группа крови и резус фактор (ребенку будет необходима трансфузия компонентов крови), газы крови. РН крови.
4. Лечение должно проводиться интенсивно, ибо жизнь ребенка в опасности, и даже в настоящее время наблюдается высокая смертность. Гной необходимо эвакуировать. В данной ситуации ребенку показано дренирование левой плевральной полости, так как объем гнойного отделяемого очень велик и требуется постоянная эвакуация гнойного отделяемого. Антибактериальная терапия проводится минимум двумя антибиотиками (в основном цефалоспорины и аминогликозиды) до определения лекарственной чувствительности. Инфузионная терапия проводится с учетом возраста и веса ребенка, а также гипертермии и других потерь. Необходима иммунотерапия. Коррекция системы гемостаза под контролем коагулограммы.
5. Эмпиема плевры у детей возникает при скоплении гноя в плевральной полости, являясь у большинства из них результатом инфицирования выпота, связанного с некупирующимся легочным сепсисом или пневмонией. Эмпиема плевры у детей в своем развитии проходит через три стадии: экссудативная или острая стадия, когда скопление жидкости в плевре (с рН в основном ниже 7,2) незначительное и удаляется из грудной полости без трудностей; фибринозно-гнойная стадия, с образованием большого количества полиморфноядерных клеток и отложениями фибрина, снижением рН и уровня глюкозы, с формированием множественных полостей и стадия организации, в которой экссудат становится густым, а фибрин пронизывается фибробластами.

ЗАДАЧА № 24

Новорожденный, возраст - 1 день, поступил в клинику детской

хирургии с постоянными обильными пенистыми выделениями изо рта, цианозом и кашлем, появляющимся после попыток кормления ребенка.

Анамнез заболевания и жизни: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсокоза 1 половины, многоводия. Роды в срок, вес при рождении 2800 г, закричал сразу. Отмечались пенистые выделения изо рта с момента рождения. Дважды ребенка пытались приложить к груди, но из-за кашля и цианоза, появившихся тотчас же, дальнейшие попытки прекращены.

Для обследования и лечения ребенок направлен в клинику детской хирургии.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Отмечается мраморность кожных покровов, подкожная клетчатка равномерно истончена. Тургор тканей снижен. Температура тела - 37.5°. Большой родничок - 3.0x2.5см, западает. ЧДД - 85-90/мин, дыхание ослаблено с обеих сторон, выслушивается большое количество разнокалиберных влажных хрипов. ЧСС - 175-180/мин. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут, особенно в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени определить не удастся из-за значительного вздутия живота. Мочеиспускание редкое. Стула не было.

Больному выполнена рентгенография пищевода с контрастом (снимок прилагается).

Общий анализ крови: эр. - $5,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 165 г/л, лейкоц. - $11,0 \times 10^9$ /л, п-12, с-80%, л-5, м-2, эоз - 0, СОЭ - 30 мм/ч.

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

Решение задачи:

Диагноз: ВПР. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищём. Аспирационная двухсторонняя пневмония. Химический альвеолит.

Обоснование. Диагноз поставлен на основании жалоб и анамнеза (многоводие в время беременности, с рождения обильные пенистые выделениями изо рта, цианоз и кашель, появляющимся сразу при попытках кормления ребенка), объективных данных (мраморность кожных покровов, одышка до 90/мин, дыхание ослаблено с обеих сторон, большое количество разнокалиберных влажных хрипов, Т до 37,5, выраженное вздутие живота), результатах инструментального обследования (Р-картина «слепого» проксимального сегмента пищевода; наличие газа в желудке и кишечнике, что является признаком наличия НТПС; наличия инфильтративных изменений лёгочных полей с 2-х сторон).

Дифференциальный диагноз. Анамнез и проведённые методы инструментального обследования позволили провести дифференциальный диагноз с другими пороками развития пищевода проявляющимися подобной клиникой: врождённый стеноз пищевода, изолированный трахеопищеводный свищ, объёмные образования

средостения, вызывающие компрессию пищевода снаружи.

Этиопатогенез. Атрезия пищевода (АП) - врожденное недоразвитие пищевода с полным отсутствием физиологического просвета и эзофагеальной непроходимостью. Возникновение атрезии связано с нарушениями формирования (закладки) пищевода на ранних стадиях (с 4 по 12 недели) внутриутробного развития плода. Пищевод и трахея, развиваются из одного общего зачатка – краниального отдела первичной кишки и в раннем эмбриогенезе сообщаются друг с другом. АП может появиться в процессе их разделения при нарушении направления и скорости роста трахеи и пищевода, неполной отшнуровке дыхательной трубки от пищевода и нарушении его питания, а также при неправильном процессе реканализации, который проходят все образования кишечной трубки. Выделяют 5 типов АП, но чаще всего, около 85-90% случаев, встречается АП с нижним трахеопищеводным свищём (НТПС), наличие которого обуславливает развитие после рождения у ребёнка дыхательной недостаточности из-за «синдрома обкрадывания» и рефлюкса агрессивного желудочного содержимого в дыхательные пути, а так же нарастающее вздутие живота и вероятность развития спонтанной перфорации желудка. В связи с риском данных осложнений АП требует немедленной диагностики (в первые 12-24 часа после рождения).

План обследования. Чаще всего данный порок развития может быть диагностирован при УЗ- скрининге у плода. Сразу после рождения у ребенка проявляется яркой клинической картиной: ложной гиперсаливацией, нарушением дыхания, невозможностью приема пищи ввиду ее регургитации, вздутием или западением живота, развитием аспирационной пневмонии. При малейшем подозрении на АП новорожденным в родзале выполняют интраназальное зондирование пищевода с помощью резинового катетера или зондом. При атрезии зонд невозможно провести в желудок, он упирается в слепой конец пищевода или заворачивается и выходит обратно. В сомнительных случаях проводят пробу Элефанта с введением в пищевод через катетер порции воздуха, который при наличии атрезии с шумом выходит из носоглотки. Для определения характера поражения лёгочной ткани, типа и уровня АП, наличия, либо отсутствия НТПС выполняют обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием водорастворимым контрастом проксимального сегмента пищевода через зонд. Наличие воздуха в желудке и в кишечнике указывает на наличие НТПС. Наличие горизонтальных уровней в желудке и в расширенной 12 перстной кишке является признаками сопутствующей высокой кишечной непроходимости, например атрезии 12 п.к. В связи с частым сочетанием АП с другими ВПР, необходим осмотр перианальной области и зондирование прямой кишки для исключения вариантов атрезии прямой кишки, ЭХО-КГ и УЗИ почек для выявления сочетанных аномалий сердечно-сосудистой и моче-выделительной системы.

План лечения. При наличии АП, особенно с НТПС, ребёнку показано срочное оперативное лечение. Идеальным является перевязка НТПС с наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза при торакотомии или торакоскопии. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от формы атрезии пищевода и состояния ребенка. При высоком риске радикальной операции ставится вопрос о формировании гастростомы для декомпрессии желудка. При атрезии пищевода с дистальным свищом и малом операционном риске (доношенности новорожденного, отсутствии у него тяжелых сочетанных пороков и внутричерепной родовой травмы)

выполняется торакотомия с разделением свища, наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза «конец в конец». При диастазе между сегментами пищевода, превышающем 1,5 - 2 см, возможно двухэтапное оперативное вмешательство: формирование гастростомы и шейной эзофагостомы, а в последующем - экстраплевральную коррекцию атрезии с закрытием свища или реконструктивную пластику пищевода участком толстой кишки. В современных источниках указывают на успешное применение методики элонгации пищевода по Фокеру с последующим отсроченным эзофагоэзофагоанастомозом.

ЗАДАЧА № 25

Новорожденный, возраст 2 дня, вес – 2700г, поступил в клинику детской хирургии с постоянными обильными пенистыми выделениями изо рта, цианозом и кашлем, появляющимся после попыток кормления ребенка.

Анамнез заболевания и жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, многоводия. Роды в срок, вес при рождении 3.000 г, закричал сразу.

Отмечаются пенистые выделения изо рта с момента рождения. Дважды ребенка пытались приложить к груди, но из-за кашля и цианоза дальнейшие попытки прекращены. Для дальнейшего обследования и лечения ребенок направлен в клинику детской хирургии.

Объективно: состояние при поступлении тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Отмечается мраморность кожных покровов, подкожная клетчатка равномерно истончена. Тругор тканей снижен. Температура тела – 38,5° С . Большой родничок – 3,0х2,5 см, западает. ЧДД – 90/мин, дыхание ослаблено с обеих сторон, выслушивается большое количество разнокалиберных влажных хрипов. ЧСС- 180-190 в минуту. Тоны сердца приглушены. Живот резко вздут, особенно в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени определить не удастся из-за значительного вздутия живота. Мочевыделение редкое. Стула не было.

Больному выполнена рентгенография пищевода с контрастом (снимок прилагается).

Общий анализ крови: эр. – $5,3 \times 10^{12}/л$, Нв 170 г/л, п-18, с-72% , лейкоц. – $17,0 \times 10^9/л$, л-5, м-2, эоз-0, СОЭ- 45 мм/ч.

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

Решение задачи:

Диагноз: ВПР. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищём. Аспирационная двухсторонняя пневмония. Химический альвеолит.

Обоснование. Диагноз поставлен на основании жалоб и анамнеза (многоводие в время беременности, с рождения обильные пенистые выделениями изо рта, цианоз и кашель, появляющимся сразу при попытках кормления ребенка), объективных

данных (мраморность кожных покровов, одышка до 90/мин, дыхание ослаблено с обеих сторон, большое количество разнокалиберных влажных хрипов, Т до 38,5, выраженное вздутие живота), результатах лабораторного (Лей до 17 тыс.) и инструментального обследования (Р- картина «слепого» проксимального сегмента пищевода; наличие газа в желудке и кишечнике, что является признаком наличия НТПС; наличия инфильтративных изменений лёгочных полей с 2-х сторон).

Дифференциальный диагноз. Анамнез и проведённые методы инструментального обследования позволили провести дифференциальный диагноз с другими пороками развития пищевода проявляющимися подобной клиникой: врождённый стеноз пищевода, изолированный трахеопищеводный свищ, объёмные образования средостения, вызывающие компрессию пищевода снаружи.

Этиопатогенез. Атрезия пищевода (АП) - врожденное недоразвитие пищевода с полным отсутствием физиологического просвета и эзофагеальной непроходимостью. Возникновение атрезии связано с нарушениями формирования (закладки) пищевода на ранних стадиях (с 4 по 12 недели) внутриутробного развития плода. Пищевод и трахея, развиваются из одного общего зачатка – краниального отдела первичной кишки и в раннем эмбриогенезе сообщаются друг с другом. АП может появиться в процессе их разделения при нарушении направления и скорости роста трахеи и пищевода, неполной отшнуровке дыхательной трубки от пищевода и нарушении его питания, а также при неправильном процессе реканализации, который проходят все образования кишечной трубки. Выделяют 5 типов АП, но чаще всего, около 85-90% случаев, встречается АП с нижним трахеопищеводным свищём (НТПС), наличие которого обуславливает развитие после рождения у ребёнка дыхательной недостаточности из-за «синдрома обкрадывания» и рефлюкса агрессивного желудочного содержимого в дыхательные пути, а так же нарастающее вздутие живота и вероятность развития спонтанной перфорации желудка. В связи с риском данных осложнений АП требует немедленной диагностики (в первые 12-24 часа после рождения).

План обследования. Чаще всего данный порок развития может быть диагностирован при УЗ- скрининге у плода. Сразу после рождения у ребенка проявляется яркой клинической картиной: ложной гиперсаливацией, нарушением дыхания, невозможностью приема пищи ввиду ее регургитации, вздутием или западением живота, развитием аспирационной пневмонии. При малейшем подозрении на АП новорожденным в родзале выполняют интраназальное зондирование пищевода с помощью резинового катетера или зондом. При атрезии зонд невозможно провести в желудок, он упирается в слепой конец пищевода или заворачивается и выходит обратно. В сомнительных случаях проводят пробу Элефанта с введением в пищевод через катетер порции воздуха, который при наличии атрезии с шумом выходит из носоглотки. Для определения характера поражения лёгочной ткани, типа и уровня АП, наличия, либо отсутствия НТПС выполняют обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием водорастворимым контрастом проксимального сегмента пищевода через зонд. Наличие воздуха в желудке и в кишечнике указывает на наличие НТПС. Наличие горизонтальных уровней в желудке и в расширенной 12 перстной кишке является признаками сопутствующей высокой кишечной непроходимости, например атрезии 12 п.к. В связи с частым сочетанием АП с другими ВПР, необходим осмотр перианальной области и зондирование прямой кишки для исключения вариантов атрезии прямой кишки, ЭХО-КГ и УЗИ почек

для выявления сочетанных аномалий сердечно-сосудистой и моче-выделительной системы.

План лечения. При наличии АП, особенно с НТПС, ребёнку показано срочное оперативное лечение. Идеальным является перевязка НТПС с наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза при торакотомии или торакоскопии. Выбор метода хирургического вмешательства зависит от формы атрезии пищевода и состояния ребенка. При высоком риске радикальной операции ставится вопрос о формировании гастростомы для декомпрессии желудка. При атрезии пищевода с дистальным свищом и малом операционном риске (доношенности новорожденного, отсутствии у него тяжелых сочетанных пороков и внутричерепной родовой травмы) выполняется торакотомия с разделением свища, наложением прямого эзофагоэзофагоанастомоза «конец в конец». При диастазе между сегментами пищевода, превышающем 1,5 - 2 см, возможно двухэтапное оперативное вмешательство: формирование гастростомы и шейной эзофагостомы, а в последующем - экстраплевральную коррекцию атрезии с закрытием свища или реконструктивную пластику пищевода участком толстой кишки. В современных источниках указывают на успешное применение методики элонгации пищевода по Фокеру с последующим отсроченным эзофагоэзофагоанастомозом.

ЗАДАЧА № 26

Ребёнок 6 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на задержку стула до 4-5 дней, метеоризм, иногда наличие жидкого стула с большим количеством слизи, зловонием. Из анамнеза известно, что страдает постоянными запорами с 6-месячного возраста. Добивались стула только с помощью очистительных и масляных клизм. На участке врачом-педиатром рекомендовано соблюдение диеты, слабительные средства и очистительные клизмы. В течение последних 7 дней отмечается отсутствие стула, многократная рвота, увеличение живота в объёме. Второй ребёнок в семье от третьей беременности, протекавшей с гестозом во второй половине. У первого ребёнка имеется патология толстой кишки. При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое, температура тела 37,6⁰С, кожные покровы бледно-серой окраски, подкожно-жировой слой слабо развит, живот увеличен в размерах, нижняя апертура грудной клетки расширена, при пальпации живота определяются раздутые петли кишечника и опухолевидные образования эластической консистенции.

Решение задачи:

Диагноз: Болезнь Гиршпрунга.

Болезнь Гиршпрунга (аганглиоз) – врожденный порок развития пищеварительного тракта, характеризующийся нарушением иннервации части толстого кишечника или его тотальным поражением. В зависимости от локализации и протяженности аганглионарной зоны в проктологии выделяют ректальную, ректосигмоидальную, сегментарную, субтотальную и тотальную формы болезни Гиршпрунга.

Выраженность клинической симптоматики бывает различна, в зависимости

от тяжести (степени поражения кишечника). Чаще всего симптомы обнаруживаются сразу после рождения, но иногда они могут выявиться в подростковом или юношеском возрасте. Симптомы болезни Гиршпрунга у новорожденных: в первые дни после рождения не отходит меконий (первородный кал), возникает рвота (иногда с желчью), запоры или диарея, повышенное газообразование.

В качестве диагностических мер выявления болезни Гиршпрунга применяют инструментальные исследования и функциональные тесты. При рентгеноскопии брюшной полости выявляются участки расширения толстого кишечника, и обнаруживается отсутствие в нем кала выше анального отверстия. Если ирригоскопию произвести после клизмы с контрастным веществом, можно хорошо визуализировать стенки кишечника и обнаружить суженные и расширенные участки.

Единственным эффективным способом лечения болезни Гиршпрунга является хирургическое лечение. Операция заключается в иссечении пораженного участка толстой кишки и соединении здорового отдела с терминальным участком прямой кишки. В случае единомоментного оперативного вмешательства все этапы производятся сразу, но в некоторых случаях выбирают двухмоментную операцию. Предполагается, что нарушения процесса развития нервной системы толстого кишечника вызвано мутациями в генной структуре ДНК. Поскольку болезнь Гиршпрунга имеет врожденный и наследственный характер, вероятность развития данной патологии в семье, где один ребенок уже ею страдает, значительно выше.

ЗАДАЧА № 27

Анамнез заболевания: Ребёнок 2-х лет с массой тела 14 кг. Заболел остро, 5 дней назад: боли в животе, затем присоединились рвота, разжиженный стул, повышение температуры тела. Боли нелокализованного характера. Рвота неоднократная, приняла застойный вид с примесью зелени. Стул прекратился, газы не отходят. Температура тела была субфебрильной, в настоящее время 38,2°C. Родители за медицинской помощью не обращались, лечили сами грелкой на область живота и жаропонижающими препаратами. При осмотре: состояние больного крайней тяжести, мальчик вял, адинамичен, не контактен, кожные покровы серые, черты лица заострены, губы сухие, потрескавшиеся, яркие, язык сухой, густо обложен серовато-зелёным налетом. АД 80/50 мм рт. ст., пульс 130 уд/мин., слабого наполнения, ЧД 44 в 1 минуту. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен, тахикардия. В лёгких – некоторое ослабление дыхания в нижних отделах лёгочных полей. Локально: Живот резко увеличен в объёме за счет вздутых кишечных петель, в дыхании не участвует, пальпаторно во всех отделах определяется напряжение и болезненность передней брюшной стенки, положительны симптомы Щёткина, Воскресенского, Раздольского. Ректально: определяется “нависание” стенок прямой кишки и повышение местной температуры до 40°C, каловых масс в ампуле нет. Общий анализ крови: Нв – 101 г/л, эр. – $2,5 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. – 0,8; л. – $19,3 \times 10^9$ /л; э. – 1%, б. –

1%, п/я – 16%, с/я – 62%, лимф. – 14%, мон. – 6%; СОЭ – 32мм/час. Общий анализ мочи: цвет - желтый, р-ция – кислая, уд. вес – 1024, лейкоциты – 5-6 в п/зр, эр. – нет, следы белка, сахар – нет. Биохимический анализ крови: общий белок – 56 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%; билирубин – 20 мкмоль/л, реакция прямая, АлАТ – 0,6 ед., АсАТ – 0,8 ед.; амилаза – 35Ед/л; сахар – 3,8 ммоль/л; мочевины – 8,5 ммоль/л; К – 2,8 ммоль/л, Na – 125 ммоль/л, Cl – 90 ммоль/л. Обзорная рентгенография брюшной полости: раздутые петли кишок с горизонтальными уровнями, под правым куполом диафрагмы – серп воздуха.

Решение задачи:

Диагноз: Перитонит

В большинстве случаев **перитонит** развивается вторично, т. е. является следствием своевременно не диагностированных и не оперированных острых заболеваний брюшной полости. **Различают общий (разлитой) и ограниченный (местный) перитонит.** Благодаря анатомо-физиологическим особенностям брюшной полости (малые размеры, анатомическое и функциональное недоразвитие сальника, пониженная сопротивляемость инфекции брюшины и ее невысокие пластические свойства) у детей процесс протекает чаще по типу общего разлитого перитонита.

В развитии перитонита у детей можно выделить три стадии: начальную (ранних симптомов), компенсации и декомпенсации. Для начальной стадии характерны изменение поведения больного, вялость, утрата жизнерадостности, серость кожных покровов. Отмечается повторная рвота. Ребенок жалуется на боли в животе или их нарастание, если перитониту предшествует другое заболевание. Маленькие дети реагируют беспокойством или плачем на пальпацию живота. Живот напряжен, выражены симптомы раздражения брюшины (Щеткина — Блюмберга, болезненная перкуссия). Перистальтика снижена. Со 2—3-х суток начинается стадия компенсации. Ребенок как бы адаптируется к возникшим условиям, состояние его внешне стабилизируется. Постепенно нарастает метеоризм, но стул бывает ежедневно, оформленный. На 4—8-е сутки развивается стадия декомпенсации. У ребенка появляются выраженная интоксикация, адинамия. Диагностические трудности при перитоните у детей связаны со сходством клинической картины перитонита с клиникой тяжелых форм парентеральной диспепсии, токсической дизентерии, ряда соматических и инфекционных заболеваний. Характерно доминирование общих симптомов над местными, что ярко выражено у детей младшей возрастной группы. Для детского возраста характерно, кроме того, несоответствие тяжести общего состояния больного морфологическим изменениям в брюшной полости, требуется 2—4, а в крайне тяжелых случаях до 6 часов подготовки. Проводят антибактериальную терапию, пассивную иммунизацию (переливание крови, плазмы, введение гамма-

глобулина), десенсибилизацию. С токсикозом борются путем внутривенного капельного вливания 5% раствора глюкозы, раствора Рингера или физиологического раствора натрия хлорида. Показаны антигистаминные препараты (супрастин). Обращают внимание на борьбу с пневмонией (антибактериальная терапия, оксигенотерапия) и болью (НПВС в комбинации с промедолом или трамадолом). Большое значение имеет предупреждение рвоты путем введения постоянного желудочного зонда.

ЗАДАЧА № 28

В поликлинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на беспричинные подъёмы температуры (до 38-39⁰ С), которая самостоятельно снижалась до нормальных цифр, периодические боли в животе, иногда связанные с актом мочеиспускания. Девочка от первой беременности, которая протекала с токсикозом I и II половин, роды в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, имеются пастозность век, тёмные круги под глазами. Со стороны костно-мышечной системы – без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 78 ударов в минуту. Язык чистый, влажный, розового цвета. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12-го ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточен, мочеиспускание учащено, болезненное. Анализ крови: Нв – 124 г/л; эр. – $4,1 \times 10^{12}$ /л; л. – $6,4 \times 10^9$ /л; э. – 2%; п/я – 2%; с/я – 58%; лимф. – 35%; мон. – 3%, СОЭ – 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л; хлориды – 98 ммоль/л; К – 4,4 Na – 130, билирубин – 16 мкмоль/л, реакция прямая; АсАТ – 0,14 ед., АлАТ – 0,14 ед., мочевины – 4,4. Анализ мочи: уд. вес – 1018; белок – нет; эп. пл. – ед. в п/з; лейкоциты – 32-36 в п/з; эр. – ед. в п/з; бактерии ++. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 20000; эритроциты – 500.

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

Решение задачи:

Диагноз: Пузырно – мочеточниковый рефлюкс

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) представляет собой возвратный ток мочи из мочевого пузыря по мочеточнику в почку. В норме моча движется однонаправленно из почки по мочеточнику в мочевой пузырь, а возвратному току мочи препятствует клапан образованный пузырьным отделом мочеточника. При

наполнении мочевого пузыря давление в нем возрастает, что приводит к смыканию клапана. При рефлюксе клапан поврежден или ослаблен, и моча при повышении давления в мочевом пузыре забрасывается в мочеточник и почку.

Атака острого пиелонефрита является первым клиническим проявлением наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса у большинства детей. Заболевание начинается с повышения температуры выше 38,0 без катаральных явлений. В анализах мочи повышается количество лейкоцитов, количество белка. В анализах крови также определяется высокий уровень лейкоцитов, повышение СОЭ. Дети с острым пиелонефритом направляются на стационарное лечение, после которого обычно проводится урологическое обследование. Изредка встречаются жалобы на боли в животе или в поясничной области стороне поражения, усиливающиеся при мочеиспускании. У новорожденных подозрение на рефлюкс чаще возникает при обнаружении расширения лоханки (пиелэктазии) по данным УЗИ.

Основным методом диагностики ПМР является микционная цистография: в мочевой пузырь через катетер, проведенный по мочеиспускательному каналу, вводится 15-20%-ный раствор рентгеноконтрастного вещества в объеме физиологической емкости либо до появления позыва к мочеиспусканию. Производится 2 рентгеновских снимка: первый – непосредственно после заполнения мочевого пузыря, второй - во время мочеиспускания. На основании цистографии ПМР разделяются по степеням от 1 до 5ст.

Абсолютно показано оперативное лечение рефлюкса эндоскопическим или традиционным методом, независимо от степени и возраста пациента, при рецидивирующем остром пиелонефрите. Операции выполняются на открытом мочевом пузыре, либо внепузырно (операция Грегуара-Лича, лапароскопический вариант в том числе). Задачей антирефлюксных операций является создание туннеля под слизистой оболочкой мочевого пузыря, в который помещается участок мочеточника. При этом моча, заполняющая мочевой пузырь, прижимает эластичную верхнюю стенку мочеточника к нижней, препятствуя проникновению мочи из мочевого пузыря в мочеточник.

Выделяют несколько основных факторов, приводящих к нарушению функции клапана в нижнем отделе мочеточника. Повышенное давление в мочевом пузыре вместе с недостаточной фиксацией устья мочеточника, сопровождаются укорочением клапанного отдела мочеточника и возникновением ПМР. Хронический цистит (воспаление) нарушает эластичность тканей устья мочеточника, способствуя нарушению смыкания клапана. Особое место среди причин ПМР занимают врожденные аномалии пузырного отдела мочеточника, включающие различные варианты нарушения анатомии мочеточниково-пузырного соединения. Полное удвоение почек часто сопровождается ПМР.

ЗАДАЧА № 29

Сразу после рождения у новорождённого развилась одышка до 60 в минуту, цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. При осмотре выявлено: кожные покровы и слизистые цианотичные. Эластичность и тургор тканей снижены, асимметрия грудной клетки с выбуханием и отставанием экскурсии её левой половины, живот запавший, перкуторно над грудной клеткой слева – тимпанит, при аускультации – резкое ослабление дыхания, сердечные тоны слева почти не определяются, здесь же – выслушиваются перистальтика кишок и шум плеска, ЧСС – 155-160 в минуту. На обзорной рентгенограмме органов грудной и брюшной полостей

над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы; резкое смещение сердца вправо.

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

Решение задачи:

1. Диагноз: Врожденная левосторонняя диафрагмальная грыжа.

Диагноз поставлен на основании физ.осмотра (сразу после рождения развились одышка до 60 в минуту, цианоз кожи и видимых слизистых оболочек, эластичность, и тургор тканей снижены, асимметрия грудной клетки с взбуханием и отставанием экскурсии ее левой половины, живот запавший, перкуторно над грудной клеткой слева-тимпанит, при аускультации-резкое ослабление дыхания, сердечные тоны слева почти не определяются, здесь же – выслушиваются перистальтика кишок и шум плеска, ЧСС – 155-160 в минуту), инструмент исследований (обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей над всей левой половиной грудной клетки определяются кольцевидные просветления овальной формы, резкое смещение сердца вправо).

2. Диф.диагностика: врожденный пороки сердца и родовая травма головного мозга, ложная диафрагмальная грыжа, кистозно- аденоматозная мальформация легких, опухоль средостения, легочная секвестрация, бронхогенная киста, врожденная лобарная эмфизема.

3. План обследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, обзорная рентгенография ОГК в прямой и боковой проекциях, ЭхоКГ по показаниям, коагулограмма, иммунограмма, УЗИ ОГК, контрастное исследование ЖКТ.

4. Лечение:

Лечение оперативное: устранение грыжи диафрагмы , фундопластика по Ниссену и др. модификации, торакоскопическое / лапароскопическое устранение диафрагмальной грыжи с фундопликацией.

5. Этиопатогенез

Причиной образования врожденных грыж являются нарушения эмбриогенеза.

Развитие диафрагмы начинается на 3 неделе гестации, в это время из мезодермального валика на вентральной развивается первичная диафрагма. Если нарушается нормальное развитие диафрагмы, то образуется различный по величине и по форме дефект, грудная и брюшная полости свободно сообщаются между собой, и в последующем брюшные органы смогут перемещаться в грудную полость. Возникает ложная (эмбриональная) грыжа, она не имеет грыжевого мешка. К концу 4 мес. гестации происходит дифференцировка мышечных элементов диафрагмы и опускание ее до нормального положения. Если происходит нарушение диафрагмы в сроки между 2 и 4 мес., то образуется выпячивание истонченной части диафрагмы

в грудную полость. Органы брюшной полости смещаются в грудную, растягивая истонченную часть диафрагмы. Таким образом, формируются истинные диафрагмальные грыжи, которые имеют грыжевой мешок, состоящий из серозных оболочек – брюшинного и плевральных листков.

ЗАДАЧА № 30

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° С, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. Выполнена обзорная рентгенография. 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.

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

Решение задачи:

1. Диагноз: Лобарная эмфизема.
2. Диагноз выставлен на основании жалоб (заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температура до 38), инстр. исследования (аускультативно – жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон, на рентгенограмме – с двух сторон не равномерная пневмотизация легких, усиление бронхолегочного рисунка. После проводимого лечения: перкуторно слева в средних и нижних отделах – коробочный звук, аускультативно слева в верхних отделах – дыхание жесткое, в нижних – не проводится, справа – жесткое с умеренным количеством хрипов.
3. Диф. Диагностика: киста легкого, поликистозная мальформация, диафрагмальная грыжа.
4. План обследования: рентгенография легких (повышенная пневматизация пораженной доли, смещение средостения в здоровую сторону), КТ легких (четкая визуализация измененной доли, определение размеров доли, архитектоники), ангиопульмография (уточнение гемодинамики в пораженной доле), бронхография (для искл. других пат. процессов бронхиального дерева).
5. Лечение хирургическое. Характер хирургического вмешательства определяется локализацией поражения и сводится к резекции доли легкого (атипичной резекции или лобэктомии). Операцию производят торакотомически, видеоассистированно (ВАТХ), или торакоскопически. Торакотомически операцию проводят из переднебокового торакотомического доступа в 4 или 5 межреберье. После удаления

пораженного отдела легкого в плевральной полости устанавливают дренаж, который вводят через отдельный разрез – прокол в 7-8 межреберье по среднеаксиллярной линии. Операцию заканчивают послойным ушиванием торакотомической раны. На кожу накладывают швы капроновыми нитями. В плевральной полости оставляют высокий дренаж для активной аспирации экссудата в теч первых 24-48 ч. Для обезболивания в послеоперационном периоде проводят продленную перидуральную анестезию.

6. Этиопатогенез

Причины, приводящие к развитию эмфиземы легких разделяют на группы:

1. Факторы, нарушающие эластичность и прочность легочных структурных элементов: врожденный дефицит альфа 1-антитрипсина, табачный дым, патологическая микроциркуляция, изменение свойств сурфактанта, частицы пыли во вдыхаемом воздухе.

В основе патогенеза лежит патологическая перестройка всего респираторного отдела легкого. Из-за ослабления эластических свойств легкого, во время выдоха и повышения внутригрудного давления мелкие бронхи, не имеющие своего хрящевого каркаса и лишенные эластической тяги легкого, пассивно спадаются, усиливая этим бронхиальное сопротивление на выдохе и повышение давления в альвеолах – экспираторный коллапс лежит в основе необратимой бронхиальной обструкции при развитии эмфиземы легких.

2. Факторы, способствующие повышению давления в респираторном отделе легких и усиливающие растяжение альвеол, альвеолярных ходов и респираторных бронхиол.

Главная роль играет обструкция дыхательных путей, возникающая при хроническом обструктивном бронхите. Понижение внутригрудного давления во время вдоха вызывает пассивное растяжение бронхиального просвета и вызывает пассивное растяжение бронхиального просвета и уменьшает степень имеющейся бронхиальной обструкции. Во время выдоха положительное внутригрудного давления вызывает доп. компрессию бронхиальных ветвей и способствует задержке инспираторного воздуха в альвеолах и их перерастяжению.

Критерии и шкала оценивания по оценочному средству

1. Тест

Шкала оценивания	Критерий оценивания
Согласно БРС ВолгГМУ: -61 – 75% Удовлетворительно (3)	% ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ 61 – 75
- 76 – 90% Хорошо (4)	76– 90
-91-100 Отлично (5)	91 – 100

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти критериям Отлично (5)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
	2. Знание алгоритма решения
	3. Уровень самостоятельного мышления
	4. Аргументированность решения
	5. Умение увязывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью

3. Контрольная работа

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3) - четырем критериям Хорошо (4) -пяти или шести критериям Отлично (5)	1. Краткость
	2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала
	3. Содержательная точность, то есть научная корректность
	4. Полнота раскрытия вопроса
	5. Наличие образных или символических опорных компонентов
	6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

4. Собеседование

Шкала оценивания	Критерий оценивания
<p>При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)</p> <p>- четырем критериям Хорошо (4)</p> <p>-пяти или шести критериям Отлично (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Краткость 2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала 3. Содержательная точность, то есть научная корректность 4. Полнота раскрытия вопроса 5. Наличие образных или символических опорных компонентов 6. Оригинальность индивидуального представления материала (наличие вопросов, собственных суждений, своих символов и знаков и т. п.)

**Фонды оценочных средств для контроля освоения ординаторами компетенций
рабочей программы дисциплины «Детская хирургия»**

Формируемые компетенции по ФГОС		Т – тестирование	ЗС – решение ситуационных задач,	КР – контрольная работа,	С – собеседование по контрольным вопросам.	Пр – оценка освоения практических навыков (умений)
		Тесты	Задачи	Вопросы для контрольной работы	Вопросы для собеседования	Практические навыки из перечня
УК	1	1-96	1-26	1-29	1-29	
ПК	1	3,5,7,9,11,12,18,20,35-44,55,56,59-62,65-69,72-78,82,84,90-96	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26-28	
	2	1,2	1-26	1,11-29	1,3, 11-24	
	4	1,2	-	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	5	3-21,23-32,36,37,39-43,45-48,55,56,60-63,65-69,72-82,84-96	1-26	11-29	8-24, 26	
	6	21,22,33-38,44,47,49-54,57-59,63,64,70,71,83,85,87	1-26	11-29	11-24, 26	
	8	22,33-36,38,44,49-54,57-59,64,70,71,83	1-26	1, 11-29	1-3, 11-24, 26	
	9	47,59	1-26	1,11-29	1-3, 11-24, 26	
	10	1,2	-	1	1-3	

12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Объем самостоятельной работы по дисциплине – 324 часа

Формы контроля – рефераты, дискуссия

Код в ОПОП	Модуль ОПОП	Объем СР
<i>Б 1.Б.6.1</i>	Раздел 1 «Особенности хирургии детского возраста»	4
<i>Б 1.Б.6.2</i>	Раздел 2 «Абдоминальная хирургия»	72
<i>Б 1.Б.6.3</i>	Раздел 3 «Гнойная хирургия»	16
<i>Б 1.Б.6.4</i>	Раздел 4 «Плановая хирургия.»	24
<i>Б 1.Б.6.5</i>	Раздел 5 «Травматология и ортопедия детского возраста»	75
<i>Б 1.Б.6.6</i>	Раздел 6 «Урология детского возраста»	69
<i>Б 1.Б.6.7</i>	Раздел 7 «Торакальная хирургия»	24
<i>Б 1.Б.6.8</i>	Раздел 8 «Хирургия новорожденных»	40

Вопросы и задания для самоконтроля:

<i>Б 1.Б.6.1</i> Раздел 1 «Особенности хирургии детского возраста»	<ol style="list-style-type: none">1. Особенности хирургии детского возраста.2. Анатомо-физиологические особенности ребенка с позиции детского хирурга3. Законодательные акты и ведомственные нормативные документы, регламентирующие работу детского хирурга в РФ.4. История развития отечественной детской хирургии. Развитие детской хирургии в Волгоградской области
---	--

<p>Б 1.Б.6.2</p> <p>Раздел 2 «Абдоминальная хирургия»</p>	<p>5. Острый аппендицит, осложнения, особенности течения заболевания в раннем возрасте.</p> <p>6. Перитонит. Осложнения перитонита у детей.</p> <p>7. Приобретенная кишечная непроходимость.</p> <p>8. Пороки развития Желточного и мочевого протоков у детей.</p> <p>9. Диагностика и лечение запоров у детей.</p>
<p>Б 1.Б.6.3</p> <p>Раздел 3 «Гнойная хирургия»</p>	<p>10. Острый гематогенный остеомиелит, эпифизарный остеомиелит. Хронический остеомиелит.</p> <p>11. Гнойные заболевания мягких тканей у детей. Современные концепция сепсиса у детей.</p> <p>12. Флегмоны различной локализации.</p> <p>13. Фурункул. Карбункул</p>
<p>Б 1.Б.6.4</p> <p>«Плановая хирургия»</p>	<p>14. Патология влагалищного отростка брюшины.</p> <p>15. Пороки развития головы, лица и шеи.</p> <p>16. Хронические воспалительные заболевания кишечника у детей. Язвенно-некротический энтероколит у новорожденных. Синдром короткой кишки.</p>
<p>Б 1.Б.6.5</p> <p>«Травматология и ортопедия детского возраста»</p>	<p>17. Особенности травматических повреждений у детей. Повреждения верхних и нижних конечностей у детей.</p> <p>18. Черепно-мозговая травма у детей</p> <p>19. Травматические повреждения органов грудной клетки.</p> <p>20. Травматические повреждения органов брюшной полости у детей.</p> <p>21. Врожденный вывих бедра.</p> <p>22. Нарушение осанки. Сколиоз.</p>
<p>Б 1.Б.6.6</p> <p>«Урология детского возраста»</p>	<p>23. Нарушения половой дифференцировки у детей.</p> <p>24. Дисметаболическая нефропатия и мочекаменная болезнь у детей.</p> <p>25. Обструктивная уропатия.</p> <p>26. Пузырно-мочеточников-лоханочный рефлюкс.</p> <p>27. Травматические повреждения почек, мочевого пузыря и уретры.</p>
<p>Б 1.Б.6.7</p> <p>«Торакальная хирургия»</p>	<p>28. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГРЭБ) у детей. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.</p> <p>29. Деструктивная пневмония. Синдром внутригрудного напряжения у детей.</p> <p>30. Пороки развития грудной клетки у детей.</p>

<p>Б 1.Б.6.8</p> <p>«Хирургия новорожденных»</p>	<p>31. Врожденные заболевания пищевода у новорожденных.</p> <p>32. Врожденная непроходимость тонкой кишки.</p> <p>33. Пороки развития передней брюшной стенки у новорожденных.</p> <p>34. Пороки развития диафрагмы.</p> <p>35. Аноректальные пороки развития. Особенности диагностики болезни Гиршпрунга у новорожденных.</p>
---	--

Перечень дискуссионных тем :

<p>Б 1.Б.6.1</p> <p>Раздел 1 «Особенности хирургии детского возраста»</p>	<p>1. Общие вопросы детской хирургии. Анатомо-физиологические особенности ребенка с позиции детского хирурга. Особенности работы детского хирурга.</p> <p>2. Малоинвазивные технологии в детской хирургии (лапароскопия, торакоскопия, артроскопия, рентгеноэндоваскулярная хирургия, хирургические операции под контролем УЗИ, видео-ассистированные операции).</p>
<p>Б 1.Б.6.2</p> <p>Раздел 2 «Абдоминальная хирургия»</p>	<p>3. Синдром острой боли в животе у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, алгоритм действия, тактика врача-педиатра, принципы обследования у детей.</p> <p>4. Роль врожденных аномалий (дивертикул Меккеля, дефекты брыжейки) и новообразований. Инвагинация кишечника. Клиника, диагностика (осмотр под наркозом), рентгенография, пневмоколонография). Показания и противопоказания к пневмоколонокомпрессии, методы оперативного лечения. Принципы ведения послеоперационного периода</p>
<p>Б 1.Б.6.3</p> <p>Раздел 3 «Гнойная хирургия»</p>	<p>5. Факторы, способствующие распространению гнойно-септических заболеваний у детей. Сепсис и его осложнения. Принципы лечения гнойной инфекции по Краснобаеву.</p> <p>6. Флегмона новорожденных. Клинические проявления, стадии и периоды заболевания, зависимость тяжести о сроков госпитализации и площади поражения. Принципы хирургического лечения.</p>
<p>Б 1.Б.6.4</p> <p>Раздел 4 «Плановая хирургия»</p>	<p>7. Грыжи: паховая, пупочная, белой линии живота. Этиопатогенез, клиника, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика, сроки хирургического лечения, тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.</p> <p>8. Этиология врожденных пороков развития человека (экзогенные факторы, эндогенные факторы). Патогенез врожденных пороков развития лица и их профилактика. Врожденные системные пороки развития лица и шеи (синдромы). Клиническая картина и схема</p>

	лечения некоторых синдромов.
Б 1.Б.6.5 Раздел 5 «Травматология и ортопедия детского возраста»	9. Механизм повреждения грудной клетки, принципы диагностики. Клинические симптомы неосложненных и осложненных переломов ребер, грудины. Транспортировка, первая медицинская помощь, принципы лечения. 10. Дисплазия тазобедренных суставов. Клинические проявления и диагностика. Схема Хильгенрейнера и других авторов. Методы консервативного лечения (шины Виленского, Мирзоевой, ЦИТО, стремена Павлика, подушка Фрейка, гипсовые повязки по Тер-Егиазарову, Ланге). Сроки консервативного лечения. Открытое вправление. Внутрисуставная форма вправления. Реабилитация детей с врожденным вывихом бедра.
Б 1.Б.6.6 Раздел 6 «Урология детского возраста»	11. Нарушение половой дифференцировки. Понятие о мозаицизме и его клиническое значение. Технология обследования и лечения. Современные подходы к феминизирующей пластике при врожденных порках наружных половых органов. Реабилитация. 12. Травма почек. Механизмы повреждений. Классификация. Клиническая картина. Дополнительные методы исследования (лабораторная, рентгенологическая, УЗИ, МРТ, КТ). Дифференциальная диагностика.
Б 1.Б.6.7 Раздел 7 «Торакальная хирургия»	13. Причины и классификация ГРЭБ у детей. Рефлюкс-эзофагит, классификация. Клиническая картина ГРЭБ. Инструментальные методы диагностики ГРЭБ (рН-метрия, манометрия, ЭГДС, биопсия). Дифференциальный диагноз. 14. Этиология острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП). Клинические формы ОГДП (преддеструкция, легочная форма, легочно-плевральная форма). Фазы клинического течения ОГДП (острая, подострая, хроническая). Клиническая картина ОГДП у детей.
Б 1.Б.6.8 Раздел 8 «Хирургия новорожденных»	15. Атрезия пищевода. Антенатальная диагностика. Сопутствующие аномалии. Классификация. Алгоритм обследования. Сроки оперативного лечения. Виды операций. 16. Омфалоцеле. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Гастрошизис. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к консервативному лечению. Предоперационная подготовка и ведение больных в послеоперационном периоде.

Темы рефератов

Б 1.Б.6.1 Раздел 1	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. 2. Повреждения костей плечевого пояса и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. 3. Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение. Диспансеризация.
---------------------------	--

Б 1.Б.6. 2 Раздел 2.	<p>4. Врожденная высокая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация, лечение.</p> <p>5. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация, лечение.</p> <p>6. Приобретенная кишечная непроходимость (заворот, спаечная непроходимость).</p>
Б 1.Б.6.3 Раздел 3	<p>7. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.</p> <p>8. Некротизирующий энтероколит новорожденного. Этиология. Клиника, диагностика, лечебная тактика.</p> <p>9. Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожистое воспаление, мастит).</p>
Б 1.Б 6.4. Раздел 4.	<p>10. Острые заболевания яичка. Причины, клиника. Дифференциальная диагностика с паховой ущемленной грыжей. Лечебная тактика.</p> <p>11. Интерсексуальные аномалии (синдром Клайнфельтера, аденогенитальный синдром, синдром Нунан). Эмбриогенез. Принципы диагностики. Лечение. Диспансеризация.</p> <p>12. Мегауретр у детей. Причины развития. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.</p>

Критерии и шкала оценивания

1. Реферат

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Новизна реферированного текста
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Степень раскрытия сущности проблемы
- пяти критериям Отлично (5)	3. Обоснованность выбора источников
	4. Соблюдение требований к оформлению
	5. Грамотность

2. Дискуссия

Шкала оценивания	Критерий оценивания
При соответствии - трем критериям Удовлетворительно (3)	1. Полнота знания учебного материала по теме занятия
- четырем критериям Хорошо (4)	2. Аргументированность
- пяти критериям	3. Соблюдение культуры речи
	4. Собственная позиция
	5. Умение изменить точку зрения под влиянием аргументов товарищей

Отлично (5)	
--------------------	--

