



Министерство здравоохранения Российской Федерации

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

« 25 » января 2019 г.

С.А. Артюшкин /

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по
специальности 31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Трудоемкость: 3 зе

Санкт-Петербург
2019 г.

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

- профилактическая деятельность;
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);
- диагностическая деятельность;
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- лечебная деятельность;
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- реабилитационная деятельность;
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность;
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упщениях при ответах.
- имеются незначительные упщения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

5. Программа государственного экзамена

5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

В целях успешного прохождения государственной итоговой аттестации учащимся рекомендуется проработать вопросы билетной программы на основании знаний, полученных на семинарских и практических занятиях в период освоения программы ординатуры, а также самоподготовки и изучения рекомендуемой литературы по специальности «детская хирургия». Учащийся должен владеть и продемонстрировать в рамках области профессиональной деятельности выпускников готовность к оказанию высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения. С этой целью выпускники должны заниматься практической работой в клиниках и на базах университета, освоить методики лечения основных и часто встречающихся хирургических заболеваний у пациентов детского

возраста с учетом тех компетенций, которые представлены в программе государственной итоговой аттестации. Особое внимание при подготовке к экзамену уделить законодательной базе.

Перед государственным экзаменом по специальности посетить консультативное занятие, проводимое сотрудниками кафедры для выпускников, освоивших программу ординатуры по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Гнойные заболевания мягких тканей. Причины возникновения. Методы лечения. Профилактика.
2. Повреждения уретры. Причины, диагностика, лечение.
3. Острый аппендицит. Клиническая картина в зависимости от расположения отростка в брюшной полости и возраста.
4. Рожистое воспаление. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Профилактика.
5. Закрытые повреждения почек. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
6. Аппендикулярный перитонит. Клиника. Дифференциальный диагноз. Оперативное лечение.
7. Пороки развития легких (неотложные состояния). Клиника. Тактика хирурга.
8. Варикоцеле. Этиология. Клиника. Оперативное лечение.
9. Послеоперационная динамическая непроходимость кишечника. Клиника. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
10. Острая деструктивная пневмония. Особенности клиники. Диагностика.
11. Удвоение почек. Характеристика. Хирургические заболевания удвоенной почки.
12. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Показания к консервативному и оперативному лечению.
13. Внутрилегочные формы острой деструктивной пневмонии. Клиника. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.
14. Принципы оперативного и консервативного лечения вторичного пиелонефрита.
15. Острый панкреатит. Этиология. Классификация.
16. Синдром «почечной колики». Этиология. Клиника. Принципы лечения.
17. Первичный перитонит. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
18. Пункция, дренирование плевральной полости. Показания. Техника выполнения. Осложнения.
19. Мочекаменная болезнь. Этиология. Клиника. Показания к оперативному лечению.
20. Острая кишечная инвагинация. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению в зависимости от возраста.
21. Перикардиты. Причины возникновения. Классификация. Клиника.
22. Атрезия тонкой кишки. Анатомические формы порока. Клиника. Диагностика. Методы оперативного лечения.
23. Закрытая травма органов грудной клетки. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.
24. Методы диагностики перикардитов. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение перикардитов.
25. Пороки развития ануса и прямой кишки. Классификация. Диагностика. Выбор сроков оперативного лечения при различных видах атрезии.
26. Сегментарное строение легких. Значение при лечении гнойных заболеваний легких.
27. Острые ателектазы легких. Клиника. Диагностика (рентгендиагностика). Методы лечения.
28. Острый гематогенный остеомиелит у детей раннего возраста. Особенности клиники. Принципы лечения и диспансеризации.

29. Аномалии развития желточного протока и урахуса (виды, клиническое течение). Консервативное и оперативное лечение.
30. Основные принципы лечения гнойно-септических заболеваний у детей.
31. Острая задержка мочи. Этиология. Принципы лечения.
32. Некротический энтероколит. Этиология. Основные клинические формы. Диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению.
33. Хирургический сепсис. Принципы и методы лечения.
34. Повреждения мочевого пузыря. Причины, диагностика, лечение.
35. Острый аппендицит. Особенности у детей раннего возраста.
36. Острый посттравматический остеомиелит. Предпосылки к его развитию. Лечение.
37. Паранефрит. Этиология. Клиника. Лечение.
38. Осложнения раннего (первые 3 суток) послеоперационного периода у больных с перфоративным аппендицитом. Клиническая картина. Лечение.
39. Острые заболевания органов мошонки. Клиника. Лечебная тактика.
40. Крестцово-копчиковая тератома. Клинические формы. Осложнения тератомы. Показания к срочному оперативному лечению.
41. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.
42. Медиастиниты. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
43. Атрезия двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
44. Родовая травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
45. Осложнения аспирации инородных тел трахеи и бронхов и их лечение.
46. Врожденный трахеопищеводный свищ. Варианты. Клиника. Диагностика. Оперативное лечение.
47. Тупая травма живота с повреждением полых органов. Клиника. Диагностика. Лечение.
48. Гнойные заболевания кисти. Панариций (клиника, пути распространения гноя). Хирургическое лечение.
49. Повреждение мочеточников. Клиника. Диагностика. Лечение.
50. Основные принципы предоперационной подготовки детей с аппендикулярным перитонитом.
51. Синдром внутригрудного напряжения. Причины. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.
52. Свищи пупка. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Показания к экстренной операции.
53. Осложнения раннего (первые 3 суток) послеоперационного периода у больных с перфоративным аппендицитом. Клиническая картина. Лечение.
54. Пиоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение пиоторакса.
55. Заворот яичка. Заворот подвеска яичка. Этиология. Клиника. Лечение.
56. Острый панкреатит. Клиника. Лечение.
57. Пиопневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.
58. Синдром «острой мошонки». Этиология. Клиника. Принципы лечения.
59. Принципы инфузционной терапии аппендикулярного перитонита у детей.
60. Острый гематогенный остеомиелит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
61. Инфравезикальная обструкция и пузырно-мочеточниковый рефлюкс.
62. Аппендикулярный инфильтрат, абсцесс. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
63. Хронический остеомиелит. Диагностика. Рентгенодиагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
64. Гнойные заболевания почек. Принципы консервативного и оперативного лечения.
65. Грыжа пупочного канатика. Классификация. Клиника. Лечение.

66. Паховые грыжи. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Сроки оперативного вмешательства. Техника операции. Особенности операции при ущемлении паховой грыжи.
67. Синдром внутригрудного напряжения (причины возникновения клинико-диагностическая).
68. Флегмона новорожденных. Клинические формы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности хирургического лечения.
69. Инородные тела трахеи и бронхов. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
70. Атрезия пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор оперативного лечения.
71. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозных органов. Клиника. Диагностика. Лечение.
72. Флегмона кисти. Диагностика. Дренирующие разрезы на кисти.
73. Гидронефроз. Классификация. Этиология. Диагностика. Лечение.
74. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Клинические формы. Лечение.
75. Синдром внутригрудного напряжения (причины возникновения клинико-диагностическая).
76. Болезнь Гиршпунга. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Осложнения послеоперационного периода.
77. Характеристика показаний к лапароскопическим операциям у детей. Противопоказания к выполнению подобных операций: относительные и абсолютные.
78. Последствия и хронические формы острой деструктивной пневмонии. Клиника. Диагностика.
79. Значение продленной эпидуральной блокады в комплексной терапии разлитого аппендикулярного перитонита.
80. Место и роль лапароскопии в педиатрии при диагностике острой и хронической патологии органов брюшной полости у детей.
81. Бронхэктомии. Патогенез. Классификация. Клиника.
82. Кисты брюшной полости и забрюшинного пространства. Хирургическая тактика, основные виды хирургических вмешательств.
83. Патофизиология водно-электролитных нарушений при разлитом перитоните. Нарушения водно-электролитного баланса и его коррекция. Классификация жидкостей и расчет ее объема.
84. Последствия и хронические формы острой деструктивной пневмонии. Показания к оперативному лечению.
85. «Мокнущий пупок». Основные причины. Клиника. Дифференциальный диагноз. Показания к консервативному лечению и оперативному.
86. Причины осложнений послеоперационного периода у детей с острым аппендицитом. Характер основных хирургических осложнений. Клиническая картина. Выбор метода лечения.
87. Синдром внутригрудного напряжения. Оказание экстренной помощи больному. Показания к оперативному лечению.
88. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификации. Показания к оперативному лечению. Хирургическое лечение.
89. Синдром «острой мошонки». Классификации. Клинические проявления. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
90. Пиоторакс. Пиопневмоторакс. Клиника, диагностика. Лечебная тактика.
91. Крипторхизм. Эмбриогенез. Формы крипторхизма. Клинические проявления. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
92. Хирургические заболевания пищевода. Классификация. Показания, методы оперативного лечения.
93. Пиоторакс. Пиопневмоторакс. Показания к плевральной пункции. Дренирование плевральной полости (по Бюлау, активная аспирация).

94. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Консервативное и оперативное лечение.
95. Острые заболевания яичек. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
96. Кисты легких и поликистоз. Классификация. Диагностика. Методы оперативного лечения. Особенности резекций легких при поликистозе.
97. Варикоцеле. Причины возникновения варикоцеле. Показания к оперативному лечению. Методы оперативного лечения.
98. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, клиника, классификация. Значение специальных методов диагностики.
99. Осложнения кист легких. Клиника, диагностика. Лечебная тактика.
100. Острая задержка мочи. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
101. Ожоги пищевода. Особенности ожогов кислотой и щелочами. Первая помощь больному на догоспитальном периоде.
102. Инородные тела трахеи и бронхов. Локализация. Клиника. Оценка методов обследования.
103. Гидроцеле. Причины возникновения. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
104. Травма органов грудной клетки. Особенности доступа при ранении легкого и сердца. Методика ушивания раны сердца.
105. Инородные тела трахеи и бронхов. Осложнения. Консервативное и оперативное лечение осложнений.
106. Хирургические заболевания пищевода. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
107. Болезнь Гиршпрунга. Консервативное лечение. Оперативное лечение. Осложнения послеоперационного периода.
108. Хирургические заболевания пищевода. Классификация. Значение ФГС. Контрастные методы рентгенодиагностики.
109. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника. Показания к срочной операции. Принципы оперативного лечения.
110. Варикоцеле. Причины возникновения. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
111. Ожоги пищевода. Классификация. Терапия в стационаре в зависимости от сроков заболевания.
112. Повреждения уретры. Клиника. Диагностика. Лечение.
113. Врожденный пилоростеноз. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности предоперационной подготовки.
114. Бужирование пищевода. Показания, методы проведения, осложнения.
115. Почечная колика. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
116. Эмбриональные грыжи пупочного канатика. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Значение правильной помощи больному на догоспитальном периоде.
117. Острая задержка мочи. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
118. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Клиника, методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
119. Атрезия желчных путей. Показания к консервативному и оперативному лечению, принципы вмешательства. Осложнения. Прогноз.
120. Мегауретер. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
121. Травма органов грудной клетки. Механизм и классификация повреждений. Диагностика.
122. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника. Рентгенологическое исследование. Показания к срочной операции.
123. Аномалии устья мочеточника. Уретероцеле (виды, клиника, диагностика, лечение).

124. Врожденный пилоростеноз. Этиопатогенез. Показания, принципы оперативного вмешательства.
125. Эмбриональные грыжи пупочного канатика. Классификация. Показания к консервативному и оперативному лечению. Послеоперационное ведение. Осложнения. Прогноз.
126. Эктопия устья добавочного мочеточника (форма эктопии у мальчиков и девочек, клинические проявления, лечение).
127. Атрезия желчных путей. Классификация. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз.
128. Причины осложнений послеоперационного периода у детей с острым аппендицитом. Характер основных хирургических осложнений. Клиническая картина. Выбор метода лечения.
129. Экстрофия мочевого пузыря. Классификация. Клиника. Методы хирургического лечения.
130. Эписпадия. Клиника. Классификация. Оперативное лечение дистальной и проксимальной гипоспадии.
131. Родовые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных. Дифдиагноз. Методы обследования.
132. Некротический энтероколит. Этиология. Патогенез. Факторы риска. Классификация. Диагностика.
133. Гипоспадия. Клиника. Классификация. Оперативное лечение дистальной и проксимальной гипоспадии.
134. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативные методы лечения. Оперативное лечение.
135. Клапаны задней уретры у мальчиков. Клиника, диагностика, лечение.
136. Врожденные диафрагмальные грыжи. Клиническая диагностика у новорожденных. Рентгенологическое исследование. Показания, принципы оперативного вмешательства.
137. Инородные тела пищевода и желудка. Клиника. Диагностика. Методы лечения. Осложнения.
138. Патология, вызванная нарушением вращения кишечника. Эмбриогенез. Диагноз и дифференциальный диагноз. Рентгенологическое обследование.
139. Желчнокаменная болезнь у детей. Этиопатогенез у детей. Классификация. Клиника, диагностика и дифдиагностика. Принципы консервативного лечения.
140. Остеомиелит у детей. Классификация. Клиника, диагностика и дифдиагностика. Принципы лечения.
141. Патофизиология водно-электролитных нарушений при перитоните. Методика проведения инфузционной терапии в предоперационный период и после операции. Контроль инфузционной терапии.
142. Гипоспадия. Клиника. Классификация. Оперативное лечение дистальной и проксимальной гипоспадии.
143. Некротический энтероколит. Основные причины. Клиническая картина. Принципы рентгенологической диагностики. Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение.
144. Гнойно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы. Паранефрит. Этиопатогенез, клиника. Диагностика. Лечение консервативное и оперативное.
145. Родовые повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных. Тактика лечения. Показания к хирургическому лечению.
146. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Классификация. Консервативное и хирургическое лечение.
147. Закрытые и открытые повреждения почек и мочевыводящих путей. Классификация. Клиника. Диагноз.
148. Некротический энтероколит. Диагностика. Тактика лечения. Показания, принципы оперативного вмешательства.

149. Патофизиология водно-электролитных нарушений при перитоните. Методика проведения инфузионной терапии в предоперационный период и после операции. Контроль инфузионной терапии.
150. Закрытые и открытые повреждения почек и мочевыводящих путей. Классификация. Лечение консервативное и оперативное.
151. Флегмона новорожденных. Классификация клинических форм. Диагноз и дифференциальный диагноз. Особенности хирургического лечения.
152. Желчнокаменная болезнь у детей. Показания к хирургическому лечению. Виды операций. Осложнения.
153. Закрытые повреждения мочевого пузыря. Симптоматология. Дифдиагноз внебрюшных и внутрибрюшных разрывов.
154. Патология, вызванная нарушением вращения кишечника. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения.
155. Причины осложнений послеоперационного периода у детей с острым аппендицитом. Характер основных хирургических осложнений. Клиническая картина. Выбор метода лечения.
156. Закрытые повреждения мочевого пузыря. Классификация. Лечение. Осложнения.
157. Кисты брюшной полости и забрюшинного пространства. Виды. Клиника, диагностика, дифдиагностика.
158. Аппендикулярный инфильтрат, абсцесс. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
159. Острый гематогенный остеомиелит. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
160. Пиопневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.
161. Атрезия двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
162. Пиоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение пиоторакса.
163. Острый панкреатит. Клиника. Лечение.
164. Осложнения раннего (первые 3 суток) послеоперационного периода у больных с перфоративным аппендицитом. Клиническая картина. Лечение.
165. Синдром внутргрудного напряжения. Причины. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.
166. Тупая травма живота с повреждением полых органов. Клиника. Диагностика. Лечение.
167. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.
168. Хирургический сепсис. Принципы и методы лечения.
169. Аномалии развития желточного протока и урахуса (виды, клиническое течение). Консервативное и оперативное лечение.
170. Острые ателектазы легких. Клиника. Диагностика (рентгендиагностика). Методы лечения.
171. Пороки развития ануса и прямой кишки. Классификация. Диагностика. Выбор сроков оперативного лечения при различных видах атрезии.
172. Дренирование плевральной полости. Показания. Техника выполнения. Осложнения.
173. Синдром «почечной колики». Этиология. Клиника. Принципы лечения.
174. Внутрилегочные формы острой деструктивной пневмонии. Клиника. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.
175. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Показания к консервативному и оперативному лечению.
176. Острая задержка мочи. Причины, клиника, диагностика, хирургическая тактика.
177. Грыжа пупочного канатика. Классификация. Клиника. Лечение.
178. Аппендикулярный инфильтрат, абсцесс. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.
179. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Основные варианты клинических проявлений заболевания. Диагностика гастроэзофагеального рефлюкса, сравнительная характеристика различных методов обследования.

180. Программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.
181. Законодательные основы обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия.
182. Система здравоохранения России. Виды и уровни медицинской помощи.
Номенклатура медицинских учреждений и их основные функции.
183. Опишите структуру высшего профессионального образования в Российской Федерации
184. Опишите различия между действующей системой подготовки и усовершенствования медицинских работников и системой, предполагающейся в рамках закона № 323-ФЗ.
185. Опишите систему подготовки в интернатуре и ординатуре, сравните ее с организацией обучения в резидентуре в США, укажите основные различия.
186. Диурез при первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна).
187. Задачи патологоанатомической службы лечебного учреждения.
188. Медико-тактическая характеристика метеорологических катастроф.
189. Медико-тактическая характеристика тектонических катастроф.
190. Медико-тактическая характеристика наводнений.

Ситуационные задачи

Задача 1. Родители Лены, 3 лет обратились на прием к детскому хирургу с жалобами на вынужденное положение головы девочки. Ранее к врачам не обращались, не лечились. Объективно при внешнем осмотре обращает внимание вынужденное положение головы: наклонена влево, повернута вправо. Имеется видимая асимметрия лицевого черепа. Ограничены движения в шейном отделе позвоночника. При пальпации левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы отмечается ее укорочение, напряжение, утолщение.

1. Ваш диагноз.
2. Какое обязательное и дополнительное обследование необходимо провести при данной патологии.
3. Дифференциальный диагноз с какими заболеваниями необходимо провести у данного больного.
4. Исходя из клиники заболевания, определите какие движения ограничены в шейном отделе позвоночника.
5. Перечислите принципы лечения больных с данной патологией.
6. Какой из методов лечения показан у данного больного и почему.
7. Какая из этиологических причин является ведущей в развитии данного заболевания.
8. Принципы оперативного лечения данной патологии.
9. Перечислите возможные последствия болезни.
10. Необходимо ли при данной патологии протезное обеспечение.

Задача 2. Больной К., 2 года, доставлен в приемный покой через 3 часа после получения травмы с жалобами на боль, наличие ожоговой поверхности на правом бедре. Анамнез заболевания: около 3 часов назад ребенок опрокинул на себя кастрюлю с кипящей водой. Родители обратились в больницу по месту жительства. Выставлен диагноз: ожог правого бедра. Ребенок направлен в областную больницу в сопровождении родителей личным автотранспортом.

Объективные данные: общее состояние средней степени тяжести. Т - 36,9°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 25 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 102 в мин. АД 90/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Физиологические отражения не нарушены.

Локальный статус: на передней поверхности правого бедра имеется ожоговая поверхность размером 10 на 12 см. Поверхность гиперемирована, на ней отмечаются пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. После удаления пузырей открывается кровоточащая ожоговая поверхность. Чувствительность ожоговой поверхности повышена, активные и пассивные движения голени сохранены.

Данные лабораторных методов исследования:

Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^12/\text{л}$; Гемоглобин - 125 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 35%; Моноциты – 8%; СОЭ – 10 мм/ч; Общ белок: 60 г/л.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1001; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Общий билирубин - 6 мкмоль/л: прямой - 0, непрямой - 6 мкмоль/л; АЛТ: 16 ЕД; АСТ: 15 ЕД.

Креатинин: 51,3 мкмоль/л; Мочевина: 3,5ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Интерпретация анализов. Какие дополнительные исследования показаны.
3. Классификация ожогов.
4. Как определить площадь ожога. Какие можно использовать схемы.
5. Правильно ли оказана ли первая помощь. Какие мероприятия следовало провести.
6. Что необходимо сделать данному пациенту при поступлении.
7. Какие методы лечения ожогов Вы знаете.
8. В какие сроки и какое показано хирургическое лечение.
9. Прогноз для жизни при данном заболевании.
10. Прогноз относительно функции конечности.

Задача 3. Больной К., 12 лет, обратился в приемный покой многопрофильной детской больницы с жалобами на отек, нарушение чувствительности и двигательных функций правой кисти и обеих стоп.

Анамнез заболевания: 15 дней назад мальчик заблудился в лесу и провел ночь в снегу. Найден на следующее утро родственниками. После обнаружения ребенка напоили горячим чаем, растерли кисти, стопы, и голени спиртом, затем поместили в теплую воду и постепенно повышали температуру до 40°. После отогревания конечностей родители отметили цианоз, а затем синюшность кистей и стоп болезненность. Из-за отсутствия транспорта доставлен в ЦРБ только к вечеру следующего дня. В ЦРБ при поступлении выставлен диагноз: отморожение кистей и стоп. Находился в хирургическом отделении в течение 2 недель. Проводилась инфузционная терапия: глюкозо-солевые растворы, реополиглюкин.

Объективные данные: общее состояние ближе к удовлетворительному. Т - 37,2°. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены. Чувствительность кожных покровов пальцев кистей, нижней тети голеней и стоп отсутствует, активные движения пальцев кистей, стоп резко ограничены. Данные лабораторных методов исследования:

Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 10^12/\text{л}$; Гемоглобин - 125 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $12,9 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 7%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 30%; Моноциты – 10%; СОЭ – 3 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Общий билирубин - 9 мкмоль/л: прямой - 0, непрямой - 9 мкмоль/л; АЛТ: 20 ЕД; АСТ: 15 ЕД.

Креатинин: 140 мкмоль/л; Мочевина: 4,4 ммоль/л.

1. Опишите локальный статус. Поставьте диагноз.
2. Интерпретация анализов. Какие дополнительные исследования показаны.

3. Классификация отморожений.
4. Как определить площадь отморожения. Какие можно использовать схемы.
5. Правильно ли оказана первая помощь. Какие мероприятия следовало провести. Как следовало согревать конечность.
6. Какие мероприятия следовало проводить в больнице по месту жительства. Из чего складывается тактика лечения данной патологии.
7. Какие препараты, улучшающие кровообращение, показаны.
8. В какие сроки и какое показано хирургическое лечение.
9. Прогноз для жизни при данном заболевании.
10. Прогноз относительно функции конечностей.

Задача 4. Больной А., 1 год 6 месяцев, поступил в приемный покой областной клинической больницы через 10 суток от начала заболевания. Заболевание началось с многократного жидкого стула, повышения температуры тела до 38,5°C. Участковым педиатром были направлены в соматический стационар, где получал лечение по поводу энтероколита. Несмотря на проводимую терапию, улучшения состояния не наступило, сохранялись боли в животе, фебрильная температура. Переведен в хирургический стационар для дальнейшего обследования и лечения.

Общее состояние ребенка тяжелое, беспокоен, плачет, негативно реагирует на осмотр. Объективно: кожные покровы бледные, температура 38,7° С. ЧД – 26 в минуту. ЧСС – 134 в минуту. При осмотре живота: равномерно вздут, передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации болезненность в нижних отделах живота, больше справа, определяется образование плотной консистенции, неподвижное, резко болезненное, умеренное напряжение мышц живота, слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга. Аусcultативно: перистальтика ослаблена. При ректальном обследовании определяется плотно-эластичное образование передней стенки прямой кишки, болезненность и ригидность. Стул за прошедшие сутки один раз, оформлен, без патологических примесей. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: в мезогастрии справа визуализируется округлой формы образование 66 x 55 мм, с неровными четкими контурами, пониженной эхогенности, неоднородной внутренней структуры, с жидкостным компонентом в центре размерами 21 x 19 мм, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

Анализ крови: Эритроциты – 12×10¹²/л; Гемоглобин - 134 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – 17,5×10⁹/л; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 18%; Сегментоядерные – 50%; Лимфоциты – 18%; Моноциты – 12%; СОЭ – 12 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1027; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 1–3 в поле зрения; Белок – 0,052 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза.
5. Определите дальнейшую тактику лечения больного.
6. Принципы оперативного лечения.
7. Послеоперационное лечение.
8. Возможные осложнения в и послеоперационном периоде.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 5. Больная Л., 3 года 6 месяцев, поступила в отделение детской хирургии в экстренном порядке с жалобами на беспокойство, боли в области заднего прохода, резко усиливающиеся при дефекации, ходьбе и положении сидя, подмывании, подъем температуры тела (38°C), прогрессивно ухудшающееся общее состояние, отказ от пищи, однократную рвоту, жидкий стул. Из анамнеза известно, что девочка страдает запорами.

Общее состояние при поступлении средней тяжести. При осмотре промежности определяется отек и гиперемия кожи вокруг заднего прохода, флюктуация. Пальпация резко болезненная. При пальцевом обследование через прямую кишку определяется крайняя болезненность переднебоковой стенки, инфильтрация и наличие флюктуации.

Анализ крови: Эритроциты – $4,76 \times 10^12/\text{л}$; Гемоглобин – 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс.; Лейкоциты – $12 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 49%; Лимфоциты – 38%; Моноциты – 7%; СОЭ – 19 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза.
5. Определите дальнейшую тактику лечения больного.
6. Принципы оперативного лечения.
7. Послеоперационное лечение.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 6. Больной К., 13 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита, частые головные боли, кашель с мокротой во время физической нагрузки, периодические боли в грудной клетки. Из анамнеза известно, что ребенок часто страдает бронхитами. За последние два года состояние ребенка ухудшилось. Периодичность обострений хронического бронхита увеличилась до 3 – 4 в год. Кашель носит постоянный характер, усиливаясь при обострениях. Отделяемая мокрота гнойного характера. Температура держится на субфебрильных цифрах. Из перенесенных заболеваний родители отмечают: грипп, корь, бронхит, острую пневмонию.

Ребенок астеничен. Дефицит массы тела до 35%. Кожные покровы бледные, влажные. Начальные изменения ногтевых фаланг пальцев рук и ног по типу барабанных палочек. ЧСС – 84 удара в минуту. ЧД – 28 в минуту. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Определяется участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры, втяжение межреберных промежутков при вдохе. Перкуторно определяется уменьшение воздушности левого легкого. Аускультативно выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, больше в нижних и боковых отделах левого легкого.

При исследовании дыхательной функции легких показатели общей и жизненной емкости легких, форсированной жизненной емкости легких, пневмотахометрии – снижены. Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Этиология данного заболевания.
4. Диагностика заболевания.
5. Интерпретируйте рентгенограмму.
6. Тактика лечения.
7. Принципы консервативной терапии.
8. Перечислите основные методы хирургической коррекции данного заболевания.
9. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
10. Прогноз для жизни.

Задача 7. Больной Ж., 2 года, поступил в экстренном порядке в отделение детской хирургии с жалобами на беспокойство, усиливающееся при дефекации, наличие образования в области заднего прохода со слизисто-гнойным отделяемым, снижение аппетита, подъем температуры тела ($37,8^\circ\text{C}$).

Общее состояние при поступлении средней тяжести. При осмотре промежности определяется отек и гиперемию кожи в области заднего прохода в проекции 5 часов. При пальцевом обследовании определяется инфильтрация вокруг наружного отверстия и плотный тяж, идущий в глубину тканей, при надавливании на него - гнойное отделяемое. Пальпация болезненная.

Анализ крови: Эритроциты – $5,1 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин – 145 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс.; Лейкоциты – $17 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 39%; Лимфоциты – 48%; Моноциты – 7%; СОЭ – 9 мм/ч. Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л. Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез данного заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза.
5. Определите дальнейшую тактику лечения больного.
6. Принципы консервативного лечения.
7. Принципы оперативного лечения.
8. Послеоперационное лечение.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация.

Задача 8. Мальчик В., 6,5 месяцев. Поступил в отделение детской хирургии с жалобами на одышку и кашель. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 26 лет, страдающей вегетососудистой дистонией и хроническим бронхитом. Беременность первая. При сроке 14 недель перенесла острое респираторное заболевание. При УЗИ обнаружено многоводие. Роды на 35 неделе, самостоятельные. Масса тела при рождении 2350 г, длина тела – 42 см, окружность головы – 30 см, грудной клетки – 29 см. Оценка по шкале Апгар 5 – 6 баллов. Болен с рождения, когда появились приступы кашля, сопровождающиеся цианозом и одышкой. Заболевание протекает вяло, с периодами ремиссий. Проходил обследование и лечение по поводу хронических приобретенных воспалительных заболеваний легких. Поступил для исключения хирургической патологии.

Кожные покровы бледно-розовые. Левая половина грудной клетки увеличена в объеме. Реберные промежутки расширены, сглажены. При перкуссии над левым легким выявляется коробочный оттенок перкуторного звука. Аускультативно – дыхание слева ослаблено. ЧД – 32 в минуту. Изменений со стороны других внутренних органов при клиническом обследовании не определяется.

Рентгенограммы прилагаются.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Интерпретируйте рентгенограмму.
5. Чем обусловлена клиника данного заболевания.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Тактика лечения.
8. Перечислите основные методы хирургической коррекции данного заболевания.
9. Прогноз для жизни.
10. Осложнения.

Задача 9. Больной П., 7 лет, поступил в плановом порядке в отделение детской хирургии с жалобами на наличие точечного образования на передней поверхности шеи с отделяемым серозного характера. Из анамнеза известно, что у ребенка год назад на передней поверхности

шеи появилось образование округлой формы, диаметром 1 см. В течение года размер его увеличился до 2,5 см. Из записи хирурга в амбулаторной карте ребенка известно, что образование без признаков воспаления, при глотании отчетливо определяется смещение с подъязычной костью кверху, расположено подкожно, безболезненно. Пальпаторно определяется отходящий от верхнего полюса кисты плотный тяж.

Общее состояние при поступлении ближе к удовлетворительному. При осмотре, по срединной поверхности шеи, определяется точечное образование с серозным отделяемым. При пальпации определяется плотный тяж, идущий по направлению к подъязычной кости.

Общий анализ крови: Анализ крови: Эритроциты – $2,9 \times 10^12/\text{л}$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 230 тыс; Лейкоциты – $9 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 43%; Лимфоциты – 47%; Моноциты – 3%; СОЭ – 8 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет - соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты 2–3 в поле зрения; Эритроциты 0 – 1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. С чем связано изменение клинической картины данного заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза.
6. Дифференциальная диагностика.
7. Принципы оперативного лечения.
8. Осложнения.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация.

Задача 10. Больной С., 2 сутки, переведен в отделение детской хирургии из родильного дома. Из анамнеза известно, что ребенок от второй беременности. Беременность протекала на фоне вирусной инфекции. Роды на 39 неделе, самостоятельные. Масса тела при рождении – 2700 г, рост – 48 см., окружность головы – 31 см, грудной клетки – 21 см. Оценка по шкале Апгар 6-7 балов. Сразу после рождения у ребенка появилось большое количество пенистого отделяемого изо рта и носа. При попытке введения зонда в пищевод, он встречает препятствие на глубине 10 см от альвеолярного отростка нижней челюсти. В легких: над всеми легочными полями прослушивается масса проводных хрипов. ЧСС - 146 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Отмечено отхождение мекония в небольшом количестве, вязкой консистенции, серого цвета. Живот вздут, больше в эпигастрии, не напряжен. Пальпация живота безболезненная.

Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – $5,5 \times 10^12/\text{л}$; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лимфоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Нt – 42/58.

Биохимический анализ крови: Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок - отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Этиология и патогенез заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. С чем связано появление первого клинического симптома.
5. Какие дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения

диагноза.

6. Предоперационная подготовка и тактика лечения.
7. Принципы оперативного лечения.
8. Тактика послеоперационного ведения больного.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация.

Задача 11.

Больная Н., 17 дней, поступила в клинику в начале вторых суток заболевания с жалобами на ухудшение общего состояния, отказ от груди, повышение температуры до фебрильных цифр. При поступлении состояние средней степени тяжести, беспокойна. Температура тела 38,20 С. Кожные покровы бледные, умеренно влажные. В области левой молочной железы участок гиперемии, распространяющийся от центра к периферии, в центре его появляется флюктуация. Отмечается уплотнение и отек мягких тканей. Язык обложен белым налетом, влажный. ЧД – 48 в минуту, ЧСС – 147 в минуту.

Анализ крови: Эритроциты - $4,76 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин - 140 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $14,3 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 8%; Сегментоядерные – 39%; Лимфоциты – 40%; Моноциты – 11%; СОЭ – 28 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Фотография прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Причины развития этого заболевания у детей раннего возраста.
3. Классификация данной нозологии.
4. Методы определения площади поражения.
5. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология.
6. Тактика лечебных мероприятий.
7. Оперативное лечение.
8. Возможные осложнения.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 12. Мальчик Д., 12 часов, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность первая, роды первые, на учете в женской консультации наблюдалась с 12 недель. Антенатальная УЗИ-диагностика не проводилась. Третий триместр беременности протекал с угрозой прерывания, на 35 – 36 неделе, околоплодные воды мутные. Оценка по шкале Апгар 6 – 7 баллов. Масса тела при рождении 2050 гр, длина тела 41 см.

Сразу же в родильном доме при первичном осмотре обнаружен дефект передней брюшной стенки справа от пуповины, размерами 4x2,5 см, через который были эвентрированы петли кишечника. Пупочный канатик не изменен.

Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – $8 \times 10^9/\text{л}$; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лимфоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Нt – 42/58.

Биохимический анализ крови: Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Фотография прилагается.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Этиология и патогенез.
3. С чем нужно дифференцировать данное заболевание.
4. Определите тактику лечения данного больного.
5. Особенности транспортировки в детское хирургическое отделение.
6. Предоперационная подготовка, ее длительность и особенность.
7. Какие виды оперативных вмешательств выполняются у детей с этой патологией.
8. Особенности лечебной тактики в послеоперационном периоде.
9. Прогноз.

Задача 13. Больной Н., 1 мес. 10 дней, поступил в клинику с жалобами родителей на наличие у ребенка образования в правой паховой области. Заболел остро: без видимых причин внезапно стал беспокойным, дважды возникала рвота. В правой области появилось опухолевидное образование. При поступлении состояние средней степени тяжести, беспокоен. Температура тела 36,9°. В правой паховой области определяется резко болезненное опухолевидное образование, напряженное, плотно-эластичной консистенции, невправляемое в брюшную полость. Оба яичка в мошонке; одинаковой формы и консистенции.

Анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 × 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 × 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лейкоциты – 51%; Меноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

1. Предположительный диагноз.
2. Причины развития этого заболевания у детей раннего возраста.
3. Классификация данной нозологии.
4. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология.
5. Особенности оперативного лечения у детей с данной патологией.
6. Послеоперационное лечение.
7. Прогноз.
8. Диспансеризация.

Задача 14. Больной М., 5 лет обратился в поликлинику с жалобами на болезненное образование в левой паховой области. Две недели назад родители мальчика обратили внимание на опухоль в левой паховой области, которая периодически исчезала в спокойном состоянии, но появилась вновь во время кашля или при натуживании. В течение последних двух дней образование постоянно определялось в паховой области и появилась боль во время ходьбы.

При поступлении состояние удовлетворительное. В левой паховой области определяется безболезненное выпячивание овальной формы, опускающееся в мошонку. Консистенция образования эластическая. В горизонтальном положении легко удается вправить содержимое в брюшную полость. При этом отчетливо слышно характерное урчание. Одновременно с этим выявляется положительный симптом "толчка" при кашле ребенка.

Общий анализ крови: Эритроциты – 3,4 × 10¹²/л; Гемоглобин – 130 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 270 тыс.; Лейкоциты – 6,6 × 10⁹/л; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 2%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Меноциты – 4%; СОЭ – 4 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Фотография прилагается.

1. Предварительный диагноз.
2. Этиология, патогенез.
3. Классификация данной нозологии.

4. Опишите клиническую картину данного заболевания у девочек.
5. Какой метод физикального обследования является абсолютным для постановки диагноза.
6. С какими заболеваниями требует дифференциальной диагностики вышеуказанная патология.
7. Лечение.
8. Осложнения.
9. Прогноз.
10. Требуется ли диспансерное наблюдение.

Задача 15. Мальчик А., 8 лет поступил в детское хирургическое отделение через 5 суток. Из анамнеза известно, что во время игры аспирировал металлический шарик диаметром около 4 мм из настольной игры. За медицинской помощью обратились через 5 суток, когда стала повышаться температура до 38° градусов, появился кашель, одышка. При поступлении состояние тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена респираторным синдромом. Температура 37,8°. Кожные покровы с цианотичным оттенком, акроцианоз носогубного треугольника, пероральный цианоз. В дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Число дыханий в минуту - 42. При осмотре грудная клетка асимметрична, ее левая половина отстает в акте дыхания, запавшая. Верхушечный толчок смещен на 2 см влево от среднеключичной линии. Пальпаторно межреберные промежутки сужены. Аускультативно - дыхание слева не проводится.

Общий анализ крови: Эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин - 180 г/л; Цветной показатель - 1,0; Тромбоциты - 310 тыс.; Лейкоциты - $15,6 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы - 1%; Палочкоядерные - 4%; Сегментоядерные - 63%; Лимфоциты - 26%; Моноциты - 2%; СОЭ - 54 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет - соломенно-желтая; Удельный вес - 1008; Лейкоциты - 2-3 в поле зрения; Эритроциты - 0-1 в поле зрения; Белок - 0,033 г/л.

Рентгенограмма прилагается.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза. Возможные результаты.
3. Проведение каких мероприятий Вы сочли бы первичными и неотложными у данного ребенка.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какова тактика лечения данного больного.
6. Какие могут быть осложнения основного заболевания.
7. Назначьте лечение.
8. Чем обусловлен выбор антибактериальных препаратов при лечении данного осложнения.
9. Прогноз.
10. Составить план диспансерного наблюдения.

Задача 16. Мальчик Д., 12 часов, находится в родильном доме. Из анамнеза известно, что матери 21 год. Беременность первая, на учете в женской консультации с 12 недель. Антенатальная диагностика не выявила каких-либо пороков развития. Роды на 34 неделе беременности. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела при рождении 2050 г, длина тела 41 см. П

Сразу же при первичном осмотре ребенка обнаружено опухолевидное выпячивание, исходящее из основания пупочного канатика, размерами 15x10 см. Образование покрыто растянутыми амниотическими оболочками, через которые просвечивают петли кишечника и печень. Признаков воспаления нет.

Фотография прилагается.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Классификация данной нозологии.
3. Первая помощь в родильном доме.
4. Показано ли оперативное вмешательство в экстренном порядке в данном случае.
5. Какие виды оперативных вмешательств выполняются у детей с этой патологией.

6. Определите тактику лечения данного больного.
7. Особенности лечебной тактики в послеоперационном периоде.
8. Возможные осложнения.
9. Прогноз.
10. Длительность диспансерного наблюдения. Какими специалистами должен наблюдаться ребенок.

Задача 17. Девочка И., 6 лет поступила в экстренном порядке с жалобами на кашель, одышку, слабость, субфебрильную температуру. Также известно, что в течение последних 2 недель у ребенка имелся сухой, надсадный кашель.

При поступлении: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые, цианоз носогубного треугольника. Одышка с участием вспомогательной мускулатуры. При пальпации передней поверхности шеи и области яремной вырезки положителен симптом «хруст снега», определяется «отечность» мягких тканей шеи. Грудная клетка бочкообразно вздута, дыхание в легких ослаблено с обеих сторон грудной клетки, жесткое, выслушиваются разнокалиберные хрипы. ЧД - 50 в мин. Тоны сердца приглушены, выраженная дыхательная аритмия. ЧСС - 140 в мин. Живот поддут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Физиологические отравления в норме.

Анализ крови: Эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин – 115 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,2 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 6%; Сегментоядерные – 70%; Лимфоциты – 19%; Моноциты – 4%; СОЭ – 9 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Рентгенограммы грудной клетки прилагаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите рентгенологическую картину данного заболевания.
3. Этиология данного заболевания.
4. Классификация осложнений деструктивных пневмоний.
5. Типичная клиническая картина.
6. Осложнения данного заболевания.
7. Проведите дифференциальную диагностику.
8. Способы лечения.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 18. Мальчик А., 1 месяца поступил через 7 дней от начала заболевания с жалобами на обильную рвоту «фонтаном» с кислым запахом, потерю массы тела, редкие мочеиспускания. Заболел остро, когда среди полного здоровья появилась обильная рвота створоженным молоком, превышающая объем кормления и возникающая после кормления. Указанные симптомы носили постоянный характер, нарастали. Три дня назад ребенок стал вялым, мочеиспускания стали редкими, малыми порциями. Стула не было в течение 3-х дней.

Из анамнеза жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза 2-й половины, 1 самостоятельных родов; масса при рождении 3300 г, рост 52 см, оценка по Апгар 7 - 8 баллов. Находится на естественном вскармливании.

При осмотре ребенок слабо реагирует на окружающее, выражение лица страдальческое, масса тела 3500 г. Кожа бледная, слизистые оболочки яркие и сухие. Родничок западает. Подкожно-жировой слой резко истончен. ЧСС – 132 в мин. ЧД – 34 в мин. Обращает на себя внимание запавший живот. Периодически появляется выбухание в эпигастрии, уменьшающееся после рвоты, которая возникла при попытке покормить ребенка. При поглаживании по брюшной стенке возникают волны перистальтики желудка. При пальпации – живот мягкий, безболезненный, по правой парамедианной линии на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком грудины определяется подвижное, безболезненное образование эластической консистенции в виде «оливы».

Анализ крови: Эритроциты – $4,0 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин – 133 г/л; Цветной показатель – 1,0; Гематокрит – 0,42/0,58; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $10,5 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 14%; Сегментоядерные – 60%; Лимфоциты – 20%; Monoциты – 5%; СОЭ – 12 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 43 г/л; Сахар крови – 3,8 ммоль/л; Мочевина – 4,3 ммоль/л; Калий – 3,1 ммоль/л; Натрий – 132 ммоль/л; Хлор – 90 ммоль/л. рН – 7,47; ВВ – 62,8; SB – 44,2; АВ – 40,5; ВЕ – +4,4; рСО₂ – 32,8.

Анализ мочи: Цвет – соломенно–желтая; Удельный вес – 1018; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие изменения лабораторных показателей крови и мочи возникают при данной патологии.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Этиология и патогенез данного заболевания.
5. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Что включает в себя предоперационная подготовка.
7. Способы оперативного лечения.
8. Интраоперационные осложнения – способы диагностики и коррекции.
9. Ведение больного в послеоперационном периоде.
10. Прогноз, диспансеризация.

Задача 19. Мальчик Т., 1 год поступил в плановом порядке с жалобами на опухолевидное образование в правой подмышечной области по направлению из ЦРБ. Из анамнеза известно, что образование в правой подмышечной области впервые заметили в периоде новорожденности (было небольших размеров). К врачам не обращались. Образование увеличивалось с ростом ребенка, не беспокоило. В последние 2 месяца отмечался быстрый рост образования, что и послужило поводом обращения к врачу. Анамнез жизни без особенностей. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены, область их пальпации безболезненна. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 23 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 104 в мин. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены. Локальный статус: в правой подмышечной области по задне-подмышечной линии определяется образование 7×5 см, на 2 см выступает над поверхностью кожи, мягко-эластической консистенции, слабо подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над образованием не изменена.

Анализ крови: Эритроциты – $4,5 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин – 106 г/л; Цветной показатель – 1,0; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 360 тыс; Лейкоциты – $7,2 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 0%; Палочкоядерные – 1%; Сегментоядерные – 18%; Лимфоциты – 76%; Monoциты – 5%; СОЭ – 4 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно–желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1007; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Общий билирубин – 10 мкмоль/л: прямой – 0, непрямой – 10 мкмоль/л; Белок – 67 г/л; Глюкоза – 4,0.

Фотографии прилагаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данного заболевания.
3. Классификация.
4. Клиническое течение.
5. Методы диагностики.
6. Возможные осложнения данного заболевания.
7. Дифференциальная диагностика данной нозологии.

8. Сроки и методы оперативного лечения.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 20. Мальчик С., 3 года обратился с жалобами родителей на наличие в животе опухолевидного образования, которое обнаружили во время купания ребенка 5 дней назад, снижение аппетита, вялость, умеренные периодические ноющие боли в животе в течение 1 месяца.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Живот правильной формы, не вздут, несколько асимметричен за счет выбухания в левых отделах, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. В левой половине живота пальпируется опухолевидное образование 7×5 см, неподвижное, плотной консистенции, с гладкой поверхностью, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

На обзорной рентгенографии брюшной полости определяется гомогенная тень в левой половине живота, смещающая петли кишечника вправо.

На экскреторной урографии определяется увеличение размеров левой почки, нечеткость ее контуров, «ампутация» чашечек, правая почка не изменена.

На УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства забрюшинно определяется образование, связанное с левой почкой и вызывающее ее деформацию, размером 8×6 см, петли кишечника смещены вправо.

Анализ крови: Эритроциты – $3,3 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин – 102 г/л; Цветной показатель – 0,9; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 220 тыс; Лейкоциты – $10,2 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 36%; Лимфоциты – 55%; Моноциты – 4%; СОЭ – 28 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

Проведена МРТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какое дополнительное обследование необходимо провести.

3. Этиология, эпидемиология.

4. Течение данного заболевания, осложнения.

5. Что позволяет на 100% верифицировать диагноз.

6. Консервативное лечение, предоперационная подготовка.

7. Принципы оперативного лечения.

8. Ведение больного в послеоперационном периоде.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация.

Задача 21. Больная А., 2 месяцев поступила в экстренном порядке через 3 суток от начала заболевания с жалобами родителей на вялость ребенка, снижение аппетита, выраженное беспокойство при каждом пеленании ребенка, вынужденное положение левой нижней конечности, повышение температуры до $38,2^\circ\text{C}$. Заболевание началось остро, 3 дня назад, с повышения температуры до субфебрильных цифр, беспокойства при пеленании. На второй день заболевания ребенок реагировал громким криком на каждое пеленание, активные движения в левой нижней конечности отсутствовали. В день поступления вялость ребенка нарастала, появился отек мягких тканей в верхней трети левого бедра, при попытке дотронуться до левого бедра ребенок реагирует криком. Самостоятельно обратились в больницу.

При поступлении: общее состояние ребенка средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. На коже передней брюшной стенки в области пупка отмечается мацерация, серозная корочка. В легких дыхание проводится с обеих сторон

грудной клетки, хрипов нет. ЧД - 30 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 114 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены.

Левая нижняя конечность находится в вынужденном положении: слегка согнута в тазобедренном суставе, ротирована кнаружи и отведена. Отмечается отечность мягких тканей в верхней трети левого бедра, там же – местная гипертермия и гиперемия. На пальпацию левого бедра в верхней трети, а также на пассивные движения в левом тазобедренном суставе ребенок реагирует громким криком. Отмечается болевая контрактура в левом тазобедренном суставе. Периферическое кровообращение и иннервация не нарушены.

Анализ крови: Эритроциты – $3,8 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин – 116 г/л; Цветной показатель – 0,9; Гематокрит – 0,36/0,64; ВСК – 5 мин; Тромбоциты – 320 тыс; Лейкоциты – $14,2 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 4%; Палочкоядерные – 8%; Сегментоядерные – 22%; Лимфоциты – 56%; Моноциты – 10%; СОЭ – 14 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 0–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Солей нет.

На R-грамме тазобедренных суставов определяется умеренное увеличение суставной щели левого тазобедренного сустава.

При пункции левого тазобедренного сустава получен гной.

1. Поставьте диагноз.
2. Этиология данного заболевания.
3. Классификация, типичные клинические проявления характерные для каждой формы заболевания.
4. Опишите типичную рентгенологическую картину заболевания.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Способы лечения.
7. Правила иммобилизации.
8. Ранние осложнения данного заболевания.
9. Поздние осложнения.
10. Прогноз, диспансеризация.

Задача 22. Девочка С., 10 лет прооперирована в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного аппендицита (типичное расположение отростка) в районной больнице. Ближайший послеоперационный период гладкий. На 4-е сутки после операции у девочки появился жидкий стул без патологических примесей (4 раза за сутки). Девочка жалуется на слабые ноющие боли над лоном, боли при дефекации, повышение температуры до $37,6^{\circ}\text{C}$. Ребенок осмотрен врачом хирургического отделения ЦРБ, выявлена умеренная болезненность над лоном при пальпации, перитонеальных симптомов не было. При ректальном исследовании на высоте пальца определялось болезненное образование до 3 см в диаметре на передней стенке прямой кишки, плотно-эластической консистенции, размягчения не было. Больной были назначены антибиотики (ампициллин, гентамицин в возрастной дозировке), инфузционная терапия. В дальнейшем девочка отмечает усиление болей над лоном, слабость, снижение аппетита, частые болезненные дефекации малыми порциями, повышение температуры до $38,2^{\circ}\text{C}$. Больная направлена в специализированное детское хирургическое отделение на 6-е сутки после операции санитарным транспортом в сопровождении фельдшера.

При поступлении: общее состояние ребенка средней тяжести, в сознании, вялая. Температура – $38,4^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД=20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=110 ударов в минуту. Живот правильной формы, умеренно вздут, болезненный в области послеоперационной раны и над лоном, там же слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Мышечный дефанс отсутствует. При ректальном исследовании на

передней стенке прямой кишки определяется болезненное образование до 4 см в диаметре, плотной консистенции, в центре – очаг размягчения, ампула прямой кишки пустая. Стула нет, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Эритроциты - $4,5 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин - 118 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $14 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 10%; Сегментоядерные – 62%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 7%; СОЭ – 16 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 1–2 в поле зрения; Солей нет.

1. Поставьте диагноз.

2. Что явилось причиной развития данного заболевания.

3. Приведите классификацию послеоперационных осложнений после аппендэктомии.

4. Типичная клиническая картина данного заболевания.

5. Диагностика.

6. Дифференциальная диагностика.

7. Способы лечения.

8. Профилактика развития данного заболевания.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация.

Задача 23. Мальчик С., 2 лет обратился с жалобами родителей на наличие опухолевидного образования в брюшной полости справа, которое обнаружили 3 дня назад во время купания. Дополнительно удалось выяснить, что у ребенка в течение последних 6 месяцев отмечаются беспричинные приступы беспокойства, учащенное мочеиспускание. Ребенок вялый, отстает в физическом развитии.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой истончен. В легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипов нет. ЧД=28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=110 ударов в минуту. Живот правильной формы, не вздут, при пальпации мягкий, в правой половине определяется образование эластической консистенции, размерами 5×3 см. Перитонеальных симптомов нет. Стул и диурез не нарушены.

Анализ крови: Эритроциты - $2,76 \times 1012/\text{л}$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,5 \times 109/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 8 мм/ч.

В общем анализе мочи: Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Прозрачная; Реакция: слабо-кислая; Белок – отрицательно; Сахар – отрицательно. Удельный вес – 1015; Лейкоциты – 8–10 в поле зрения; Эритроциты – 14–16 в поле зрения; Солей нет; Белок – 0,033 г/л.

УЗИ и экскреторная урография:

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология данного заболевания.

3. Классификация.

4. Типичная клиническая картина.

5. Методы диагностики, опишите рентгенограмму.

6. Дифференциальная диагностика.

7. Возможные осложнения.

8. Лечение.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация.

Задача 24. Мальчик А., 3 лет, поступил в плановом порядке с жалобами на отсутствие самостоятельного стула, метеоризм. Болен с 5 месяцев, когда после введения прикорма у ребенка появилась периодическая задержка стула, сопровождающаяся вздутием живота и рвотой. Стул удавалось получить только с помощью клизмы Наблюдался у педиатра и гастроэнтеролога с диагнозом дисбактериоз. Проводимое лечение не приводило к

улучшению. С возрастом у ребенка усилилось вздутие живота, очистительные клизмы не имели успеха, газы отходили плохо. Периодически возникает обильная рвота, становится видимой перистальтика кишок, нарастают симптомы интоксикации и обезвоживания. Общее состояние при поступлении тяжелое. Физическое развитие ребенка отстает от нормы. Аппетит снижен. Гипотрофичен. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно-влажные. Живот увеличен в размерах, симметричен, при пальпации мягкий, безболезненный. Аусcultативно выслушиваются звонкие перистальтические шумы. Пальцевое исследование прямой кишки: ампула пустая, тонус сфинктера повышен. В общем анализе крови – анемия. Фотография, рентгенограмма и сонограмма прилагаются.

1. Предварительный диагноз.
2. Этиология данного заболевания.
3. Проведите интерпретацию рентгенограммы.
4. Классификация данной нозологии.
5. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику.
6. Определите тактику лечения данного больного.
7. Консервативное лечение.
8. Сроки и методы хирургического лечения.
9. Лечение больного в послеоперационном периоде.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 25. Больная Л., 1,5 года, поступила в клинику через 11 часов от начала заболевания. Из анамнеза известно: заболела остро, резкое беспокойство, плачет, поджимает ноги к животу. Приступы беспокойства сопровождались светлыми промежутками. Дважды была рвота съеденной пищей. Стул однократно кашицеобразный, без патологических примесей. При поступлении ребенка в клинику общее состояние средней тяжести, вялая, ЧСС – 120 в минуту. ЧД – 31 в минуту. Кожные покровы бледные, умеренно-влажные. Живот асимметричен за счет западения в правой подвздошной области, не вздут, доступен пальпации, передняя брюшная стенка участует в акте дыхания. В правом подреберье определяется подвижное умеренно болезненное образование до 8 см в длину и 4 см в диаметре. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологических образований не обнаружено, ампула пустая, на перчатке слизь с примесью темной крови.

Анализ крови: Эритроциты - $4,76 \times 10^12/\text{л}$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $8,5 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 8 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; Удельный вес – 1008; Лейкоциты – 2–3 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения; Белок – 0,033 г/л.

Сканограмма прилагается:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
3. Причины и патогенез развития заболевания.
4. Классификация данной нозологии.
5. Интерпретируйте рентгенограмму.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Противопоказания к консервативному лечению.
8. Способы консервативного лечения.
9. Показания и тактика оперативного лечения.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 26. Мальчик С., 20 часов. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 23 лет, страдающей хроническим пиелонефритом. Беременность первая. При сроке 14 недель перенесла обострение хронического пиелонефрита. При УЗИ обнаружено многоводие. Роды на 39 неделе, самостоятельные. Масса тела при рождении – 2750 г, рост – 49 см., окружность головы – 33 см, грудной клетки – 22 см. Оценка по шкале Апгар 7 – 8 баллов. Через 4 часа

после рождения у ребенка появилась рвота с примесью желчи. При осмотре живот запавший с умеренным вздутием в эпигастрии. После рвоты вздутие уменьшается. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, селезенка не пальпируется. Мекония не было, отошла серая слизистая пробка. После консультации с детским хирургом рекомендован перевод в детское хирургическое отделение.

Общий анализ крови: Гемоглобин – 184 г/л; Эритроциты – 5,5 × 10¹²/л; Цветной показатель – 1,0; Лейкоциты – 8 × 10⁹/л; Палочкоядерные – 5%; Сегментоядерные – 38%; Лейкоциты – 51%; Моноциты – 6%; СОЭ – 9 мм/час. Нт – 42/58.

Биохимический анализ крови: Общий белок 59,0 г/л; Билирубин – непрямой 34 мкмоль/л, прямой – 14 мкмоль/л; Мочевина 5,3 ммоль/л; Калий – 4,8 ммоль/л; Натрий – 138 ммоль/л; Кальций – 1,0 ммоль/л.

Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Интерпретируйте рентгенограмму.
5. Чем обусловлена клиника данного заболевания.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Особенности предоперационной подготовки.
8. Какова тактика лечения данного больного.
9. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 27. Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Яички не пальпируются .

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Особенности предоперационной подготовки.
6. Какова тактика лечения данного больного.
7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 28. У ребенка 4 лет клиника острого деструктивного аппендицита, перитонита. Какая операция предпочтительна?

1. Особенности предоперационной подготовки.
2. Какова тактика лечения данного больного.
3. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
4. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 29. У ребенка 11 лет жалобы на увеличение левой половине мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении ребенка. Яички в мошонке.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Особенности предоперационной подготовки.
6. Какова тактика лечения данного больного.
7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 30. У мальчика 1 месяца отмечается отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мошонка гипоплазирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какова тактика лечения данного больного.

Задача 31. У девочки 1 месяца 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование 1,5 x 1 см. округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Какова тактика лечения данного больного.

Задача 32. 2-х летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами, эластичное, болезненное образование 6 x 4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Особенности предоперационной подготовки.
6. Какова тактика лечения данного больного.
7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 33. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Особенности предоперационной подготовки.
6. Какова тактика лечения данного больного.
7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 34. Во время операции по поводу флегмонозного аппендицита (выпот гнойный) случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул.

1. Какова тактика лечения данного больного.
2. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.
3. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 35. Ребенок 7 лет пожаловался на боли в левой половине мошонки, отек и гиперемию кожи. Левое яичко в мошонке увеличено в размере, болезненно при пальпации. Травму ребенок отрицает.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Особенности предоперационной подготовки.
5. Какова тактика лечения данного больного.

7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.

8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 36. Ребенок в возрасте 14 лет заболел внезапно. Отмечались резкие боли в эпигастральной области. Раньше не болел. Положение вынужденное, колени приведены к животу. Дыхание поверхностное. Живот болезнен, напряжен в эпигастральной и подвздошной областях. Печеночная тупость не определяется.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите классификацию данного заболевания.

3. Какие дополнительные исследования нужно провести.

4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Особенности предоперационной подготовки.

6. Какова тактика лечения данного больного.

7. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде у данного ребенка.

8. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 37. У ребенка в возрасте 6 лет при дефекации периодически отмечается поступление из прямой кишки небольшого количества алоей крови.

1. Поставьте диагноз.

2. Этиология данного заболевания.

3. Классификация.

4. Типичная клиническая картина.

5. Методы диагностики

6. Дифференциальная диагностика.

7. Возможные осложнения.

8. Лечение.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация.

Задача 38. 2-х летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами, эластичное, болезненное образование 6 х 4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было. Задача 27. Мальчик В., 5 суток переведен из род. дома с жалобы мамы на вздутие живота, рвоту с желчью, вялость, бледность, повышение температуры тела до 38,3 °.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 23 лет, страдающей хламидиозом. Беременность III, роды первые. Ребенок родился в ягодичном предлежании. Роды на 34 неделе, самостоятельные, безводный промежуток – 4 часа. Масса тела при рождении 2100 г. Оценка по шкале Апгар – 4 – 5 баллов. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. На 2 сутки после рождения появились срыгивания, частота которых нарастала, вздутие живота, задержка отхождения газов и стула.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый. Кожные покровы серо-землистой окраски, выражен акроцианоз. Большой родничок 3 х 2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца звучные. Пульс – 137 в минуту. АД – 80/40 мм. ртутного столба, ЧД – 50 в минуту. Живот равномерно вздут, видна перистальтика кишечника, пальпации не доступен, реагирует на пальпацию усилением крика. Каких-либо дополнительных образований в брюшной полости не определяется. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см, пальпируется селезенка. Меконий не отходил. В неврологическом статусе: мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов.

Анализ крови: Эритроциты – $5,3 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин - 135 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс.; Лейкоциты – $14,5 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 14%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 6%; СОЭ – 45 мм/ч.

Биохимический анализ крови: Общий белок – 43 г/л; Билирубин – непрямая реакция – 28,0 мкмоль/л; Мочевина – 4,3 ммоль/л; Калий – 3,3 ммоль/л; Натрий – 132 ммоль/л.

КЦС – Ph – 7,34; SB – 18 ммоль/л; ВВ – 26 ммоль/л; ВЕ – 4,6 ммоль/л; РО2 – 46 ммоль/л;

PCO₂ – 36 мм рт. ст.

Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите классификацию данного заболевания.
3. Какие дополнительные исследования нужно провести.
4. Интерпретируйте рентгенограмму.
5. Чем обусловлена клиника данного заболевания.
6. Проведите дифференциальный диагноз.
7. Особенности предоперационной подготовки.
8. Какова тактика лечения данного больного.
9. Какие могут быть осложнения в послеоперационном периоде при данной патологии
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 39. Девочка Д., родилась от 1 беременности, роды первые, на 35 – 36 неделе. Оценка по шкале Апгара 6 – 7 баллов. Масса тела при рождении – 2050 гр, длина тела – 41 см. В родильном доме при первичном осмотре обнаружено отсутствие заднего прохода. «Симптом толчка» отрицательный. Через 6 часов от рождения из преддверия влагалища начал отходить меконий.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите интерпретацию рентгенограммы.
3. Какие дополнительные обследования можно провести для уточнения диагноза
4. Классификация данной нозологии.
5. Определите тактику лечения данного больного.
6. Возможно ли консервативное лечение у данного больного.
7. Какие виды оперативных вмешательств выполняются у детей с этой патологией.
8. Возможные осложнения.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 40. Больной Н., 8 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе. Из анамнеза известно, что 2 часа назад упал с велосипеда. Сознание не терял, два раза была рвота. Объективно: ребенок в сознании, вялый, адинамичный, лежит на кушетке. Кожа и видимые слизистые бледные, холодные, повышенной влажности. Ребенок активно жалуется на боли в области эпигастрия и левого подреберья. Отмечает иррадиацию болей в левое надплечье и лопатку. Боль усиливается при глубоком вдохе и движениях. Дыхание поверхностное, ЧД – 32 в минуту, ослаблено в нижних отделах грудной клетки слева. Тоны сердца приглушены, ЧСС – 100 в минуту, пульс ритмичный, слабого наполнения. АД – 90/60 мм. ртутного столба. Живот незначительно вздут, симметричный. На коже живота в области левого подреберья определяется небольшая ссадина. При пальпации болезненность по всему животу, особенно в области эпигастрия и левого подреберья. Незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Перкуторно определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. При ректальном исследовании определяется незначительная болезненность переднего свода прямой кишки, ее нависание.

Анализ крови: Эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин - 110 г/л; Цветной показатель – 0,9; Тромбоциты – 310 тыс; Лейкоциты – $16,4 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 6%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 6 мм/ч. Гематокрит – 52%

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно–желтая, прозрачная; Удельный вес – 1013; Эритроциты – 1–2 в поле зрения; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Белок – 0,066 г/л.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Классификация данной нозологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.

5. Чем обусловлена тяжесть состояния больного.
6. Определите тактику лечения больного.
7. Подготовка больного к операции.
8. Принципы оперативного лечения.
9. Каков прогноз для жизни ребенка.
10. Диспансеризация.

Задача 41. Больной К., 7 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе постоянного характера, усиливающиеся при движениях, тошноту. Из анамнеза известно, что 4 часа назад, играя, ребенок упал с дерева, ударился животом. Сознание не терял, рвота один раз. Объективно: в сознании, эмоционально незначительно возбужден. Кожа и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное, ЧД – 25 в минуту, проводится во все отделы грудной клетки. Тоны сердца ясные ритмичные ЧСС – 100 в минуту, пульс ритмичный, хорошего наполнения. АД – 110/65 мм ртутного столба. Живот незначительно вздут, симметричный. Признаков механических повреждений на коже живота нет. Определяется асимметрия поясничной области, за счет припухлости слева, пальпация резко болезненная. При пальпации живота – болезненность во всех отделах, больше слева. Незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Мочевой пузырь пальпируется в виде большого опухолевидного образования над лоном, положительный симптом Щеткина–Блюмберга, а также Пастернацкого слева. При попытке собрать мочу для анализа резко усиление болевого симптома. Моча цвета «мясных помоев», выделяется по каплям.

Рентгенограмма прилагается.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
3. Классификация данной нозологии.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
5. С чем связано увеличение мочевого пузыря и нарушение мочеиспускания
6. Проведите интерпретацию рентгенограммы.
7. Определите тактику лечения больного.
8. Показана ли катетеризация мочевого пузыря.
9. Консервативное лечение.

10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 42. Мальчик М., 5 лет, переведен в отделение детской хирургии из пульмонологического отделения, где получал лечение по поводу острой пневмонии. В течение 4 часов состояние ребенка резко ухудшилось: появилось беспокойство, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, затрудненное дыхание, тахикардия. При осмотре ребенок хватает воздух открытым ртом, выражение лица испуганное, страдальческое, кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника, конечностей. ЧД – 50 в минуту, ЧСС – 135 ударов в минуту, тоны приглушенны, пульс слабый, нитевидный. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Межреберные промежутки сглажены. При перкуссии выявляется тимpanicкий звук в верхних отделах и притупление в нижних, органы средостения смешены влево. Аускультативно дыхание справа не проводятся.

Анализ крови: Эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин - 89 г/л; Цветной показатель – 0,8; Тромбоциты – 270 тыс; Лейкоциты – $16,4 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 2%; Палочкоядерные – 6%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Меноциты – 2%; СОЭ – 39 мм/ч.

Общий анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая, прозрачная; Удельный вес – 1013; Эритроциты – 1–2 в поле зрения; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Белок – 0,066 г/л.

Рентгенограмма прилагается.

1. Предварительный диагноз.
2. Этиология данного заболевания.
3. Проведите интерпретацию рентгенограммы.

4. Классификация данной нозологии.
 5. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику.
 6. Определите тактику лечения данного больного.
 7. Хирургическое лечение.
 8. Лечение больного в послеоперационном периоде.
 9. Возможные осложнения.
 10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).
- Задача 43. Больная С, 5 лет, поступила в отделение детской хирургии в плановом порядке с жалобами на периодическое отхождение крови из прямой кишки (2–3 раза в неделю) в конце акта дефекации. Количества выделяющейся крови различно – от нескольких капель до 3–5 мл. Из анамнеза известно, что ребенок перенес энтероколит в возрасте 2 лет, страдает дисбактериозом.

При поступлении состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренно-влажные. Живот симметричен, не вздут, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Область ануса не изменена, чистая. Стул оформленный, регулярный.

Анализ крови: Эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$; Гемоглобин – 100 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 310 тыс.; Лейкоциты – $8,5 \times 10^9/\text{л}$; Эозинофилы – 1%; Палочкоядерные – 4%; Сегментоядерные – 63%; Лимфоциты – 26%; Моноциты – 2%; СОЭ – 15 мм/ч.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Причины и патогенез развития заболевания.
3. Классификация данной нозологии.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
6. Тактика лечения.
7. Способы консервативного лечения.
8. Показания и тактика оперативного лечения.
9. Прогноз.

10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность)

Задача 44. Мальчик И., 1 день, поступил в отделение детской хирургии с клиникой нарастающей дыхательной недостаточности. Родился с массой тела 3050,0 от первой беременности, протекающей с гестозом I и II половины. Сразу после рождения у ребенка появилось затрудненное дыхание, выраженная одышка до 62 в минуту, цианоз, усиливающиеся при крике и беспокойстве. Прогрессивно нарастала дыхательная недостаточность.

При поступлении в отделение состояние тяжелое, резко выражен диффузный цианоз кожных покровов. Определяется деформация грудной клетки в виде бочкообразного выпячивания слева. Дыхание затрудненное с участием вспомогательной мускулатуры, одышка до 86 в минуту. При аусcultации дыхание слева резко ослаблено, тоны сердца прослушиваются справа от грудины, пульс 160 ударов в минуту. Живот асимметричен за счет выступающей печени, ниже пупка – запавший.

Рентгенограмма прилагается:

1. Предварительный диагноз.
2. Интерпретация рентгенологических симптомов.
3. Классификация данной патологии.
4. Что является причиной нарастания симптомов внутриплеврального напряжения.
5. Патогенез нарушения дыхания при данной патологии.
6. Дифференциальный диагноз.
7. С какими пороками развития возможно сочетание данной нозологической формы.
8. Особенности транспортировки новорожденных с синдромом дыхательной недостаточности.
9. Показания к оперативному вмешательству и его основные этапы.

10. Предоперационная подготовка и ведение больных в послеоперационном периоде.

Задача 45. Мальчик М., 5 лет обратился к хирургу поликлиники с жалобами на наличие образования в поясничной области с рождения.

Из анамнеза известно, что образование в поясничной области мать обнаружила у ребенка в период новорожденности, к врачам не обращалась, образование не беспокоило, увеличивалось с ростом ребенка. Последний месяц мать отмечает быстрый рост образования, что и послужило поводом для обращения.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. В поясничной области по левой паравертебральной линии определяется образование ярко-красного цвета, размерами $2,5 \times 1,5$ см с четким неровным контуром, незначительно возвышается над поверхностью кожи и спаяно с ней, безболезненное, бледнеет при надавливании. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, хрипов нет. ЧД - 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС - 94 ударов в минуту. Живот не вздут, мягкий. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови – эритроциты – $4,51 \times 10^12/\text{л}$, гемоглобин – 128 г/л, ЦП – 1,0; лейкоциты – $5,0 \times 10^9/\text{л}$, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, нейтрофилы: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 60%; лимфоциты – 30%, моноциты – 5%. СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

Фотография прилагается.

1. Поставьте диагноз.

2. Определение, этиология данного заболевания.

3. Классификация.

4. Клиническое течение.

5. Дополнительные методы диагностики.

6. Возможные осложнения данного заболевания.

7. Дифференциальная диагностика.

8. Методы лечения.

9. Прогноз.

10. Диспансеризация (цель, содержание, длительность).

Задача 46. Больная Т., 11 месяцев поступила в плановом порядке с жалобами на образование в области спины для оперативного лечения.

Анамнез заболевания: со слов матери образование в области спины впервые появилось в возрасте 4 месяцев, увеличивалось с ростом ребенка. Наблюдались по месту жительства. Последний месяц отмечается бурный рост образования, что послужило поводом для обращения к детскому хирургу. Анамнез жизни без особенностей.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, хрипов нет. ЧД – 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 130 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Диурез не нарушен. Стул в норме.

Локальный статус: на спине, в проекции грудного отдела позвоночника определяется образование округлой формы до 10 см в диаметре, на 2 см выступающее над поверхностью кожи, эластической консистенции, безболезненное, слабоподвижное, не спаяно с кожей. Кожные покровы над образованием не изменены.

Общий анализ крови – эритроциты – $4,51 \times 10^12/\text{л}$, гемоглобин – 128 г/л, ЦП – 1,0; лейкоциты – $8,1 \times 10^9/\text{л}$, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, нейтрофилы: палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 60%; лимфоциты – 30%, моноциты – 5%. СОЭ – 5 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

На операции: опухоль в капсуле, на разрезе желтого цвета.

Фотографии прилагаются.

1. Поставьте диагноз.
2. Определение данного заболевания.
3. Классификация.
4. Клиническое течение.
5. Дополнительные методы диагностики.
6. Возможные осложнения данного заболевания.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Показания к оперативному лечению и его способы.
9. Прогноз.
10. Диспансеризация.

Задача 47. Мальчик С., 14 лет поступил в экстренном порядке через 2 часа от начала заболевания с жалобами на резкие, постоянные боли в верхних отделах живота, однократную рвоту. Доставлен машиной скорой помощи. Начало заболевания ребенок связывает с приемом газированной воды, после чего появились резкая боль в эпигастральной области, однократная рвота. Через 30 мин боль усилилась, распространилась по всему животу. Ребенок принимал оmez, альмагель – без эффекта.

Из анамнеза жизни: перенесенные заболевания – ОРВИ, ветряная оспа. Состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога в течение 1 года с диагнозом: язвенная болезнь желудка. Обследовался и лечился в стационаре, достигнута ремиссия. Получает курсы противорецидивной терапии 2 раза в год. Травм и операций не было. Аллергии нет. Объективно: общее состояние ближе к тяжелому. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Кожа лица бледная, с капельками пота. Язык сухой, рельефный, обложен белым налетом. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно, распределен равномерно. В легких дыхание проводится с обеих сторон грудной клетки, хрипов нет. ЧД – 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс хорошего наполнения и напряжения. ЧСС – 118 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт ст. Живот не вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации живот напряжен в эпи- и мезогастрии, резко болезненный во всех отделах кроме надлопаточной и подвздошных областей (ребенок на поверхностную пальпацию реагирует громким криком, отталкивает руку врача). Положительны симптомы Раздольского и Щеткина-Блюмберга. Перкуторно - скопления жидкости в отлогих местах брюшной полости не определяется. Край печени не выходит из-под края реберной дуги. Симптомы Кера и Грекова-Ортнера отрицательны.

Анализ крови – эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 118 г/л, ЦП – 0,9; лейкоциты – $18,0 \times 10^9/\text{л}$, базофилы – 0%, эозинофилы – 2%, нейтрофилы: палочкоядерные – 6%, сегментоядерные – 64%; лимфоциты – 23%, моноциты – 5%. СОЭ – 5 мм/ч.

Анализ мочи: Цвет – соломенно-желтая; прозрачная; Удельный вес – 1008; белок – нет; Лейкоциты – 1–2 в поле зрения; Эритроциты – 0–1 в поле зрения.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Классификация данной нозологии.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Чем обусловлена тяжесть состояния больного.
6. Определите тактику лечения больного.
7. Подготовка больного к операции.
8. Принципы оперативного лечения.
9. Каков прогноз для жизни ребенка.
10. Диспансеризация.

Задача 48. Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболел остро с повышением температуры до 38,6, насморк, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в мин. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот.

1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
 3. Проведите дифференциальную диагностику.
 4. Чем обусловлена тяжесть состояния больного.
 5. Определите тактику лечения больного.
 6. Подготовка больного к операции.
 7. Принципы оперативного лечения.
- Задача 49. Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.
1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Классификация данной нозологии.
 3. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
 4. Проведите дифференциальную диагностику.
 5. Чем обусловлена тяжесть состояния больного.
 6. Определите тактику лечения больного.
 7. Подготовка больного к операции.
 8. Принципы оперативного лечения.
 9. Каков прогноз для жизни ребенка.
 10. Диспансеризация.
- Задача 50. В соматическом отделении находится ребенок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребенка нарастает вздутие живота, рвота с примесью желчи, одышка. Стула не было 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.
1. Поставьте предварительный диагноз.
 2. Причины и патогенез развития заболевания.
 3. Проведите дифференциальный диагноз.
 4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.
 5. Тактика лечения.
 6. Способы консервативного лечения.
 7. Прогноз.

5.3. Рекомендуемая литература

1. Детская хирургия [текст]: учебник / Ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ю.Разумовского. - М. : Гэотар-Медиа, 2014.
2. Детская хирургия. Клинические разборы [Электронный ресурс]: прил. к руководству/ - эл.опт.диск (CD-ROM) / Ред. А.В.Гераськин. - М.: Гэотар-Медиа, 2011
3. Детская хирургия. Национальное руководство [Электронный ресурс] : прил. на компакт-диске. - эл. опт. диск (CD-ROM). - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Основы реанимации и интенсивной терапии в педиатрии и детской хирургии [Электронный ресурс] : учеб.пособие для студентов / УМО по мед. и фармац. образованию вузов России, Омская гос. мед. акад. ; Электрон. текстовые дан. / Л.А.Кривцова [и др.]. - Омск : Изд-во ОмГМА, 2010.
5. Нейрогенные дисфункции мочевого пузыря у детей (терминология, диагностика, лечение)[Текст] / А. В. Писклаков [и др.]. - Омск: Изд-во ОмГМА, 2007.
6. Гордеев В.И., Александрович Ю.С. ABC инфузационной терапии и парентерального питания в педиатрии. Пособие для врачей, СПб, 2006. – 64 с.
7. Григович И.Н. с соавт. Синдром нарушения выделительной функции у детей. Уч. пособие, Петрозаводск, 2007. – 84 с.
8. Маринчек Б., Донделинджер Р.Ф. Неотложная радиология. Часть 1. Травматические неотлож-ные состояния М. Видар-М 2008г. 342с.

9. Неонатология: национальное руководство, Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины /под ред. Н.Н. Володина, М., издательская группа ГЕОТАР-Медиа, 2007г. - 848 с.
10. Ленюшкин А.И., Комиссаров И.А. – Педиатрическая колопроктология. Руководство для вра-чей. СПб, Издание СПБГПМА, 2008г. – 448 с. + цв. вклейка.
11. Черкес-Заде Д. И. Лечение повреждений таза и их последствий: руководство для врачей. - М.: Медицина, 2006. - 192 с.
12. Баранов А.А., Валиуллина С.А.. Ваганов Н.Н., Карпухин Е.В. Пути оптимизации стацио-нарной помощи детям.– М., 2007, – 208 с.
13. Стальмахович В.Н., Щебеньков М.В., Сонглов Г.И. и др. – Паховая грыжа у детей, Иркутск, ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН, 2007г. – 204 с.