

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА.

I. Блок задач по детским хирургическим болезням

ЗАДАЧА № 1. Девочка 7 лет заболела остро: около 2-х час. назад среди полного благополучия появились сильные боли в нижней части живота, была однократная рвота. Предъявляет жалобы на боли в мезогастральной области, отсутствие аппетита, сухость во рту. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, Уровень сознания по шкале Глазго 14 баллов, выражена бледность и мраморность кожных покровов. Температура 39 С°. Пульс - 120 в мин, АД 115/75 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Со стороны живота отмечается усиление болезненности при пальпации в мезо- и гипогастральных областях. Ребенок плачет при быстром отнятии руки после предварительного надавливания в этих областях. Здесь же отмечается пассивное мышечное напряжение брюшной стенки.

Задание.

1. Каков предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Каковы действия врача – педиатра в данной ситуации? Маршрутизация на этапе госпитализации больного?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести в стационаре?
5. Дальнейшая лечебная тактика при данном заболевании, показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА № 2. У больной 13 лет внезапно, за несколько часов до поступления появились сильные боли внизу живота преимущественно над лоном и в правой подвздошной области. Отмечалась слабость, головокружение, кратковременное обморочное состояние, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Объективно: бледные кожные покровы; язык - чистый, влажный; пульс - 100 в мин; АД 118/75 мм.рт.ст.; температура тела - 36,5°С. Живот – не вздут, равномерно всеми отделами участвует в акте дыхания, при пальпации – мягкий, в гипогастральной области, больше справа - болезненный и слабо выраженный симптом Щеткина - Блюмберга. При ректальном исследовании отмечается разлитая болезненность, возникающая при смещении матки, болезненность в области правого свода. В общем анализе крови: WBC - $9,8 \times 10^9$ /л, Hgb - 100 г/л, RBC - $3,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов – 2%, сегментоядерных нейтрофилов - 52, лимфоцитов – 36%, моноцитов -10%, СОЭ - 12 мм/час.

Задание.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Что необходимо уточнить из анамнеза для формулировки анамнеза? Какие дополнительные исследования и манипуляции необходимо провести для подтверждения предполагаемого диагноза?
3. Маршрутизация на этапе госпитализации больного?
4. Каковы современные принципы лечения данного заболевания? Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?

5. У каких специалистов должна в дальнейшем наблюдаться больная, цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА № 3. Ребенок 5 лет проснулся ночью от боли в животе без четкой локализации. Дважды была рвота съеденной пищей. Утром при осмотре педиатром: мальчик вялый, отказывается от еды, жалуется на боль в правой половине живота, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Родители отмечают, что самостоятельного стула у ребенка не было в течение 2-х суток. Объективно: Зев спокоен. Язык обложен у корня белым налетом. Температура - 38°C . Живот не вздут, при пальпации отмечается защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки и болезненность по правому флангу живота. Симптом Щеткина - Блюмберга - сомнительный. Ребенок беспокоится, плачет, сопротивляется осмотру, отталкивает руку врача.

Задание.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Тактика участкового педиатра? Маршрутизация на этапе госпитализации больного?
3. Какие дополнительные исследования и манипуляции необходимо провести для подтверждения предполагаемого диагноза?
4. Тактика дежурного хирурга? Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
5. Цель и задачи дальнейшего диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА № 4. В приемное отделение детской больницы машиной скорой помощи доставлен ребенок 2,5 лет с диагнозом: острый живот. Болен в течение двух суток. Заболевание началось с болей в животе, беспокойства ребенка, несколько раз была рвота застойным желудочным содержимым, трижды скудный жидкий стул без патологических примесей. За медицинской помощью родители не обращались до последнего момента. При поступлении состояние мальчика тяжелое, выражены признаки обезвоживания и интоксикации, уровень сознания по шкале Глазго 13 баллов. Температура тела - 39°C . Пульс 130 в мин., ЧДД 38 в мин. АД 90/65 мм.рт.ст. При исследовании живот – не участвует в акте дыхания, при пальпации – болезненный во всех отделах, здесь же положительный симптом Щеткина - Блюмберга. В общем анализе крови: WBC - $15,6 \times 10^9/\text{л}$, RBC - $3,6 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – палочкоядерных нейтр.-7, сегментоядерных нейтр.- 60, лимфоцитов- 29, моноцитов - 4, СОЭ - 8 мм/час.

Задание.

1. Каковы наиболее вероятные причины внутрибрюшной катастрофы у ребенка?
2. Какую неотложную помощь необходимо оказать на догоспитальном этапе? Маршрутизация на этапе госпитализации больного.
3. Какие симптомы могут указывать на диагноз разлитого перитонита? Какие дополнительные диагностические действия следует предпринять?
4. Дальнейшая лечебная тактика? Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
5. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, его цель и задачи?

ЗАДАЧА № 5. На прием в поликлинику к участковому педиатру обратился мальчик 12 лет с жалобами на “тянущие” боли внизу живота, больше справа. Заболел 4 дня назад. Тошноты, рвоты, нарушений стула не было. Температура тела выше 37,2 °C не повышалась; Пульс 100 в минуту, АД 118/75 мм.рт.ст, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. При обследовании в правой подвздошной области пальпируется плотное неподвижное опухолевидное образование размером 10 x 8 см с нечеткими границами, умеренно болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В других отделах живот мягкий безболезненный. В общем анализе крови: WBC - $9,0 \times 10^9$ /л, Hgb - 130 г/л, RBC - $3,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных нейтрофилов - 58, лимфоцитов – 32%, моноцитов – 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Задание.

- 1.Предполагаемый вами диагноз?
- 2.Какие дополнительные исследования необходимо провести с целью уточнения имеющейся патологии? Маршрутизация на этапе госпитализации больного.
- 3.Лечебная тактика при данной клинической форме заболевания? Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
- 4.Возможные осложнения и их лечение?
- 5.Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА №6. Ребенок 4-х месяцев заболел остро: около 18-ти часов назад, появились приступы внезапного беспокойства, чередуемые с периодом успокоения, многократно наблюдалась рвота. При осмотре состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный, уровень сознания по шкале Глазго 13 баллов. Кожные покровы бледные, сухие, температура тела 38°C. ЧСС - 130 в мин. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий. В правом подреберье нечетко пальпируется опухолевидное образование плотно-эластичной консистенции, умеренно смещаемое. Пальпация образования провоцирует болевой приступ. Стула нет в течение суток. Диурез снижен.

Задание.

1. Предполагаемый вами диагноз? Какую неотложную помощь необходимо оказать на догоспитальном этапе? Маршрутизация на этапе госпитализации больного.
- 2.Этиология и патогенез предполагаемого заболевания?
- 3.Дополнительные методы исследования, подтверждающие диагноз, их информативность?
- 4.Лечебная тактика у данного больного? Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
- 5.Диспансеризация ребенка после выписки из стационара?

ЗАДАЧА №7. В детское хирургическое отделение поступил ребенок 1 года через 4 часа от начала заболевания. Ребенок направлен участковым педиатром с диагнозом: инвагинация кишок. Заболевание началось внезапно среди полного здоровья и проявляло себя беспокойным поведением ребенка, которое чередовалось со “светлыми” промежутками, был однократно жидкий стул без патологических примесей. При осмотре ребенок вялый, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий. В правом подреберье нечетко пальпируется опухолевидное образование плотно-эластичной консистенции, умеренно смещаемое. В общем анализе крови: WBC - $9,6 \times 10^9$ /л, RBC - $3,9 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула – палочкоядерных нейтрофилов-4, сегментоядерных нейтрофилов- 30, лимфоцитов- 61, моноцитов - 5, СОЭ - 5 мм/час.

Задание.

- 1.Этиология и патогенез кишечной инвагинации?
- 2.Какие клинические признаки могут свидетельствовать о развивающейся инвагинации? Какую неотложную помощь необходимо оказать на догоспитальном этапе?

3. С чем наиболее часто приходится дифференцировать данное заболевание?

4. Какие методы дополнительного исследования при этом являются ведущими, их информативность?

5. Лечебная тактика при установлении диагноза у данного больного? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА №8. У ребенка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс 90 ударов в минуту, температура тела нормальная. При аускультации сердца и легких - без особенностей. Живот умеренно вздут в мезогастрии, больше слева, где четко определяется видимая перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации - выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец. Со слов матери в возрасте 4-х лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом.

Задание.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача общей практики? Маршрутизация на этапе госпитализации больного. Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?

3. Объем дополнительных исследований при поступлении в стационар?

4. Способы лечения острой кишечной непроходимости? Показания к операции и основные принципы её проведения?

5. Цель и задачи диспансеризации детей со спаечной болезнью?

ЗАДАЧА № 9. В приемный покой детской больницы доставлена девочка 7 лет через полчаса после автомобильной катастрофы. Дежурным врачом заподозрен разрыв полого органа брюшной полости. Состояние ребенка крайне тяжелое. Пульс 110 ударов в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст; уровень сознания по шкале Глазго 12 баллов. В общем анализе крови: WBC - $11,0 \times 10^9$ /л, Hgb - 100 г/л, RBC - $3,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов – 2%, сегментоядерных нейтрофилов - 66, лимфоцитов – 21%, моноцитов – 11%, СОЭ - 6 мм/час.

Задание.

1. На основании каких клинических признаков дежурный врач мог заподозрить разрыв полого органа брюшной полости?

2. Каковы дополнительные методы диагностики можно применить?

3. Объем и последовательность противошоковых мероприятий? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?

4. Методы лечения закрытых повреждений полых органов брюшной полости?

5. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?

ЗАДАЧА № 10. Машиной скорой помощи в приемное отделение доставлен мальчик 11-лет. Около часа назад был сбит легковым автомобилем, при этом получил удар в область живота. Дежурным врачом заподозрен разрыв селезенки и внутрибрюшное кровотечение. Состояние ребенка тяжелое, уровень сознания по шкале Глазго 13 баллов. В общем анализе крови: WBC - $9,5 \times 10^9$ /л, Hgb - 95 г/л, RBC - $2,9 \times 10^9$ /л, палочкоядерных нейтрофилов – 4%, сегментоядерных нейтрофилов - 61, лимфоцитов – 25%, моноцитов – 10%, СОЭ - 9 мм/час.

Задание.

1. Каковы клинические признаки разрыва селезенки и внутрибрюшного кровотечения?
2. Оказание первой медицинской помощи и условия транспортировки пострадавшего в стационар? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
3. Какими дополнительными лабораторными и специальными методами исследования можно подтвердить диагноз, их информативность?
4. Методы лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей?
5. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?

ЗАДАЧА №11. В приемное отделение доставлен ребенок 8 лет с жалобами на боли в животе, рвоту. Два часа назад упал с высоты 3-х метров на твердый грунт. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом, кожные покровы и видимые слизистые бледные. ЧДД - 32 в минуту. Частота сердечных сокращений 130 в мин. Тоны сердца глухие. Пульс на периферии слабого наполнения. АД – 85/50 мм рт.ст. уровень сознания по шкале Глазго 12 баллов Живот мягкий, болезненный при поверхностной пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. В анализе крови – Hgb 60г/л, RBC 2,5 x 10¹²/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Оказание первой медицинской помощи и условия транспортировки пострадавшего в стационар?
3. Какими дополнительными специальными методами исследования можно подтвердить диагноз, их информативность?
4. Какова лечебная тактика на госпитальном этапе? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
5. Принципы диспансеризации детей, перенесших тупую травму живота с повреждением внутренних органов?

ЗАДАЧА №12. В детскую клиническую больницу доставлен годовалый ребенок с признаками выраженной анемии. Со слов матери около 3-х часов назад у мальчика среди полного здоровья был обильный жидкий стул с большим количеством измененной крови, после чего состояние ребенка резко ухудшилось, появилась бледность кожных покровов, сонливость, постоянно просит пить. Тошноты и рвоты не отмечалось. Ранее ни чем не болел. Наследственность не отягощена. Показатели периферической гемодинамики: пульс - 140 в мин, слабого наполнения, АД - 55/30 мм.рт.ст. Температура - 38С⁰. При аускультации сердца тоны звучные, ритмичные, на верхушке - слабый систолический шум. Уровень сознания по шкале Глазго 12 баллов. При пальцевом исследовании прямой кишки: на перчатке темная кровь без каловых масс. При анализе крови: гемоглобин - Hgb 80г/л, RBC - 1,8 x 10¹²/л.

Задание.

1. Синдромальный диагноз и возможные причины кровотечения?
2. Объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий при поступлении ребенка? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
3. Показания к гемотрансфузии?
4. Способы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта?
5. Показания к операции при желудочно-кишечных кровотечениях?

ЗАДАЧА №13. В приемное отделение районной больницы машиной скорой помощи доставлена девочка 3-х лет. Со слов матери, около часа назад у ребенка на фоне полного

здоровья была однократная обильная рвота малоизмененной кровью со сгустками, после чего состояние резко ухудшилось, появились слабость, чувство жажды, кожные покровы приобрели бледно-желтую окраску. Из перенесенных заболеваний: на первом месяце жизни отмечает гнойный омфалит, гематогенный остеомиелит правого плеча. Состояние ребенка расценено как тяжелое. Выражены внешние признаки анемии. Пульс – 140 в мин. АД – 70/30 мм рт. ст. Уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке слабый систолический шум. При аускультации легких с обеих сторон чистое везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах слева. Живот несколько увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени не пальпируется. Селезенка на 3см выступает из подреберья, край её плотный.

Задание.

- 1.Предполагаемый диагноз и наиболее вероятная причина кровотечения?
- 2.Какие дополнительные методы исследования помогут установить этиологический диагноз и их информативность?
- 3.Мероприятия первой врачебной помощи?
- 4.Дальнейшая лечебная тактика при данном заболевании? Имеются ли показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ?
- 5.Цель и задачи диспансеризация детей с внепеченочной портальной гипертензией?

ЗАДАЧА №14. У новорожденной девочки, родившейся от первых срочных родов с массой тела 2500г, длиной 48см, при пальпации живота в области правого подреберья (проекция правой почки) прощупывается опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции с бугристой поверхностью, ограниченной подвижности, размерами 5 x 6см. В других отделах живот мягкий безболезненный. Брюшная стенка без видимых изменений. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Дифференциальная диагностика?
- 3.Дополнительные методы диагностики, их информативность?
- 4.Тактика врача-педиатра? Условия транспортировки новорожденного в стационар? Имеются ли показания для госпитализации в отделение ОРИТ?
- 5.Дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №15. У новорожденного с массой тела 2600г (роды срочные, неосложненные) в левой половине крестцово-ягодичной области определяется опухолевидное образование округлой формы размерами 12x10x8см неоднородной консистенции: плотные участки чередуются с кистоподобными включениями. Кожные покровы над образованием не изменены. Пальпация безболезненна. Заднепроходное отверстие смещено вправо и кпереди. Пропальпировать копчик не удается. Меконий отходит свободно.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Дифференциальная диагностика?
- 3.Дополнительные методы исследования, их информативность?
- 4.Тактика неонатолога? Условия транспортировки новорожденного в стационар?
- 5.Принципы лечения? Имеются ли показания для госпитализации в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА №16. У ребенка 3-х лет при клинико-рентгенологическом обследовании, включающем экскреторную урографию, выявлена опухоль почки (нефробластома). Состояние ребенка средней тяжести. Задание.

1. Дифференциальная диагностика?
2. Клинико-рентгенологические признаки нефробластомы?
3. Методы дополнительного обследования?
4. Лечебная тактика? Маршрутизация больного в стационар. Показания для госпитализации, перевода в отделение ОРИТ.
5. Принципы диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА №17. В детское хирургическое отделение поступил ребенок на 5 сутки после рождения, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, выражены явления обезвоживания. Уровень сознания по шкале Глазго 13 баллов. Пульс 150 в минуту. Рвота после первых 2-х кормлений большим количеством желудочного содержимого с примесью желчи. Стул был в 1-е сутки, в дальнейшем стула не было. Живот не вздут, несколько выбухает в эпигастрии, а после рвоты западает. При пальпации – мягкий, безболезненный. Температура тела - 37,7 С°.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие пороки развития могут явиться причиной рвоты у данного ребенка и каковы возможные осложнения? Какие условия должны быть соблюдены во время транспортировки новорожденного в стационар?
3. Тактика врача-неонатолога при рождении ребенка с синдромом рвоты?
4. Какие нужно провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
5. Дальнейшая лечебная тактика? Имеются ли показания для госпитализации в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА №18. Мальчик 2-х мес. поступил в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии, с резко выраженными явлениями обезвоживания и гипотрофии. Уровень сознания по шкале Глазго 12 баллов. С 4-х недельного возраста у ребенка отмечается рвота «фонтаном» створоженным молоком. До этого имели место упорные срыгивания, постепенно перешедшие в рвоту после каждого приема пищи. Масса тела при рождении - 3,5 кг, при поступлении - 2,8 кг. Живот запавший, при пальпации - мягкий безболезненный. Положительный симптом «песочных часов». Стул скудный 1 раз в сутки. Мочится редко небольшими порциями.

Задание.

1. Предположительный диагноз? Дальнейшая маршрутизация больного?
2. Составьте план обследования ребенка и проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями. Имеются ли показания для госпитализации в отделение ОРИТ?
3. Продолжительность и характер предоперационной подготовки?
4. Особенности хирургического лечения?
5. Послеоперационное ведение ребенка?

ЗАДАЧА №19. У мальчика 6 месяцев с рождения периодически отмечаются обильные рвоты, до 2-х – 4-х раз в сутки, большим количеством желудочного содержимого. Рвотные массы интенсивно окрашены желчью. Приступы рвот сопровождаются значительной потерей массы тела – на 300-400 г в сутки. Во время приступа ребенок ведет себя беспокойно, сучит ножками, принимает коленно-локтевое положение. Эпизоды рвоты заканчиваются также внезапно, как и появляются, после чего ребенок начинает прибавлять в весе. При осмотре состояние средней тяжести, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов. Умеренно выражены признаки гипотрофии и обезвоживания. Вес при рождении 3400г., при поступлении – 5600г. При физикальном исследовании легких и

сердца без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не прощупываются. Печень у края реберной дуги мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочится редко, моча внешне не изменена.

Задание.

1. Возможные причины синдрома рвоты у данного ребенка?
2. План обследования?
3. Какие рентгенологические признаки могут указывать на нарушение проходимости начальных отделов ЖКТ?
4. Тактика педиатра при подтверждении диагноза высокой кишечной непроходимости? Дальнейшая маршрутизация больного?
5. Тактика детского хирурга? Показания для госпитализации в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА №20. У мальчика 3-х месяцев с рождения отмечаются упорные срыгивания, периодически рвоты, возникающие как во время кормления, так и после приема пищи. Родился в срок с массой тела 3500 г. На момент осмотра масса тела 4300 г. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. При аускультации легких с обеих сторон выслушиваются множественные хрипы на фоне жесткого дыхания. ЧСС – 110 в мин. ЧДД – 45 в мин, уровень сознания по шкале Глазго 15 баллов,. Живот не вздут, симметричен; при пальпации – мягкий, безболезненный, без патологических образований. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37°C. В общем анализе крови – Hgb – 100г/л, RBC – $2,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 2мм/час, лейкоцитарная формула - без особенностей.

Задание.

1. Предварительный синдромальный диагноз?
2. Возможные причины синдрома срыгиваний и рвот у ребенка?
3. Тактика участкового педиатра? Дальнейшая маршрутизация больного?
4. План обследования и информативность дополнительных методов диагностики?
5. Лечебная тактика? Показания для госпитализации в отделение ОРИТ?

ЗАДАЧА №21. У мальчика 3-х лет периодически отмечается рвота, отрыжка воздухом, положительный симптом «мокрой подушки». Из анамнеза известно, что у ребенка 2-4 раза в год возникает бронхит с затяжным течением. При проведении исследования пищевода и желудка с барием в прямой, боковой проекциях и положении Тренделенбурга отмечается гастроэзофагеальный рефлюкс при этом пищевод и желудок образуют фигуру «слона с поднятым хоботом», отмечается грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При ФГДС - очаговая эритема с одиночными поверхностными эрозиями и рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода. Недостаточность кардии. Признаки рефлюкс-эзофагита.

Задание.

1. Каковы основные клинические проявления ГЭР и его возможные причины?
2. Каковы эндоскопические и рентгенологические признаки грыжи пищеводного отверстия?
3. Осложнения грыж пищеводного отверстия?
4. Тактика лечения?
5. Послеоперационная реабилитация и диспансерное наблюдение?

ЗАДАЧА № 23. В приемный покой детского хирургического отделения поступил ребенок на 3 сутки после рождения. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы с

землистым оттенком, выраженные явления интоксикации, многократная рвота кишечным содержимым, $T = 38,7^{\circ}C$, живот вздут, при пальпации напряжен и болезненный во всех отделах. Отмечается пастозность и гиперемия передней брюшной стенки. Стула не было с момента рождения.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие пороки развития могут явиться причиной рвоты у данного ребенка и какие возможны осложнения?
3. Тактика врача-неонатолога при рождении ребенка с синдромом отсутствия мекония, условия транспортировки в специализированный стационар?
4. Какие нужно провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза, их информативность?
5. Лечебная тактика и послеоперационная реабилитация?
6. Показания для перевода в ОРИТ

ЗАДАЧА №24. У ребенка 10 мес., с рождения отмечаются затруднения в отхождении стула и газов. Последние 2 месяца стул удается получить только после очистительной клизмы. Ребенок ослаблен, масса тела 8000 гр. Кожа и видимые слизистые бледные. Грудная клетка укорочена, живот увеличен в размерах, по флангам распластан, напоминает “лягушачий”. При пальпации положительный симптом “глины”.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования ребенка?
4. Маршрутизация больного
5. Какие дополнительные методы обследования являются решающими при установлении диагноза, их информативность?
6. Показания для перевода в ОРИТ?
7. Хирургическое лечение и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №25. В родильном доме находится мальчик, первые сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине. Роды срочные. Масса тела при рождении 3700 г, длина – 56 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. Через два часа после рождения появились беспокойство, одышка, цианоз. Была однократная рвота с примесью желчи. Состояние ребенка стало прогрессивно ухудшаться. При осмотре: живот ладьевидно втянут, мягкий и безболезненный при пальпации; левая половина грудной клетки несколько выбухает и отстаёт в акте дыхания. При перкуссии грудной клетки отмечается смещение границ относительной сердечной тупости вправо, над левым легким – тимпанит. При аускультации: тоны сердца также смещены вправо, слева – дыхание резко ослаблено, справа – проводится хорошо.

Задание.

1. Какова возможная причина развития острой дыхательной недостаточности у новорожденного?
2. Патогенез дыхательных расстройств ребенка?
3. Какие дополнительные исследования помогут установить этиологический диагноз?
4. Тактика врача-неонатолога, план маршрутизации и условия транспортировки?
5. Дальнейшая лечебная тактика?
6. Показания для перевода в ОРИТ?

ЗАДАЧА №26. У новорожденной девочки с массой тела 2800г, длиной 52см, после не осложненных срочных родов с первых часов жизни отмечаются обильные пенистые выделения изо рта и носа. Появились одышка и акроцианоз. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий и безболезненный, при перкуссии в эпи- и мезогастральных областях – тимпанит. При аускультации грудной клетки: тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС – 160 в мин; в легких с обеих сторон дыхание проводится равномерно, справа и над трахеей – влажные хрипы.

Задание.

1. О каком пороке развития необходимо подумать?
2. Какие неотложные диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Мероприятия первой помощи, план маршрутизации и условия транспортировки?
4. Показания для перевода в ОРИТ?
5. Дальнейшая лечебная тактика?
6. Послеоперационная реабилитация и диспансеризация

ЗАДАЧА №27. У новорожденного мальчика (масса при рождении – 4000г, длина – 58см, роды срочные не осложненные) на 4-е сутки жизни внезапно появилось беспокойство. Стремительно начала нарастать одышка, появился разлитой цианоз. При осмотре: правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, увеличена в размерах; при перкуссии над легким – тимпанит, границы сердца смещены влево; при аускультации – дыхание справа не проводится. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при этом отмечается интенсивное втяжение эпигастральной области.

Задание.

1. Каковы наиболее вероятные причины развившейся респираторной катастрофы?
2. Какие неотложные диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Мероприятия первой помощи?
4. Показания для перевода в ОРИТ?
5. Дифференциально-диагностические признаки возможных причин СДН, выявляемые на рентгенограмме?
6. Дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №28. Вы участковый педиатр. У новорожденного 2-х недель повысилась температура тела до 38,5⁰С, появился отек в области левой грудной железы, кожа вокруг нее гиперемирована, отечна, пальпация железы болезненная, определяется симптом флюктуации.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Показания для госпитализации в хирургический стационар?
4. План маршрутизации больного?
5. Ваша тактика? Тактика детского хирурга?
6. Основные принципы лечения гнойно-септических заболеваний у новорожденных?.

ЗАДАЧА №29. В приемное отделение детской больницы обратилась мать с 3-х недельным ребенком. Жалобы: на высокую температуру тела (до 39⁰С) у малыша, гиперемия, отек в крестцово-копчиковой области. Гиперемия и инфильтрация стремительно распространяются на ягодичы, несмотря на обработку этого участка детским кремом. При осмотре состояние ребенка тяжелое, признаки интоксикации, беспокоен, в крестцово-копчиковой области определяется гиперемия кожи,

инфильтрация, в центре с цианотичным оттенком. Пальпация пораженного участка вызывает беспокойство ребенка.

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Проведите дифференциальную диагностику?
- 3.Тактика дежурного педиатра?
4. Показания для госпитализации в хирургический стационар?
- 5.Основные принципы лечения гнойной инфекции?
- 6.Тактика хирурга, возможные осложнения?

ЗАДАЧА №30. Мальчик 12 лет во время игры в футбол сильно ушиб ногу, на следующий день резко повысилась температура до 39⁰С. Предъявляет жалобы на боли в правой ноге, невозможно пользоваться конечностью, общее недомогание. Состояние ребенка средней степени тяжести, сознание ясное, оценка по шкале Глазго 15 баллов. Объективно: в верхней трети правой голени определяется припухлость кожи, в этом месте она слегка гиперемирована, резко болезненна при пальпации. Активные и пассивные движения в правом коленном суставе вызывают сильную боль.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Тактика участкового педиатра и врача скорой помощи?
- 3.Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз, их информативность?
- 4.Проведите дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями.
5. План маршрутизации больного?
6. Показания для перевода в ОРИТ?
- 7.Лечебная тактика, диспансеризация и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №31. Ребенок 3-х мес. поступил в клинику с высокой температурой до 39⁰С, признаками интоксикации. Со слов матери заболевание началось 1 сутки назад, с подъема температуры тела, однократной рвоты, вялости, отказа от еды, беспокойства при пеленании. При осмотре выявлены припухлость, гиперемия и деформация правого коленного сустава, местное повышение температуры. Пальпация ножки и пассивные движения в суставе вызывают плач и беспокойство ребенка.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Методы исследования для подтверждения диагноза, их информативность?
3. План маршрутизации больного?
- 4.Лечебные мероприятия?
- 5.Возможные осложнения?
6. Показания для госпитализации в стационар и показания для перевода в ОРИТ?
- 7.Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА №32. У ребенка 3-х лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу острой двухсторонней пневмонии, резко ухудшилось общее состояние: появились двигательное беспокойство, одышка, цианоз. Частота дыхания - 60 в мин, пульс - 140 в мин. Температура тела 38⁰С. При перкуссии определяется смещение границ относительной сердечной тупости влево, справа - притупление перкуторного звука до уровня 4 ребра, выше - тимпанит, при аускультации - справа дыхание резко ослаблено. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный.

Задание.

1. Какое осложнение развилось у больного? Сформулируйте диагноз.
2. Какое неотложное исследование следует провести больному для подтверждения диагноза, их информативность?
3. Лечебная тактика при данном заболевании и какие врачебные мероприятия необходимо провести больному в первую очередь?
4. Показания для перевода в ОРИТ?
5. Какова последовательность применения хирургических лечебных мероприятий при данной форме заболевания?
6. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?

ЗАДАЧА №33. У 2-х мес. ребенка, находящегося на лечении в детском отделении по поводу эпифизарного остеомиелита левого бедра, на фоне нарастания гнойно-септического синдрома внезапно появились признаки внутригрудного напряжения справа.

Задание

1. Каковы клинико-лабораторные признаки гнойно-септического синдрома?
2. Возможные причины внутригрудного напряжения у данного ребенка?
3. Их клинические и рентгенологические признаки?
4. Показания для перевода в ОРИТ?
5. Лечебная тактика?
6. Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА № 34. В детское хирургическое отделение из ЦРБ доставлен мальчик 7 лет с жалобами на кашель с выделениями обильной гнойной мокроты. Болеет 1 месяц. Состояние средней степени тяжести, ребенок в ясном сознании, Оценка по шкале Глазго 15 баллов. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В нижних отделах правого легкого определяется притупление перкуторного звука, при аускультации - на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 140 в мин. Температура тела – 38⁰С. На рентгенограмме органов грудной полости: справа, в проекции нижней доли легкого определяется округлая тень диаметром 4 см с горизонтальным уровнем жидкости. Тень средостения несколько смещена вправо.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие сведения из анамнеза следует уточнить?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Составьте план обследования и лечения больного.
5. Какие возможны осложнения при данном заболевании? Показания для перевода в ОРИТ?

ЗАДАЧА №35. В детское хирургическое отделение поступила девочка, 3-х лет. Со слов матери, у ребенка на протяжении последнего года периодически наблюдаются приступы сильных болей в верхней части живота, сопровождаемые подъёмом температуры до фебрильных цифр и рвотой, не приносящей облегчения. Рвотные массы желчи не содержат. После приступа отмечается иктеричность склер, потемнение мочи и слабое прокрашивание каловых масс. При осмотре состояние удовлетворительное.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны легких и сердца при физикальном исследовании без патологии. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно всеми отделами, при пальпации – мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Здесь же нечетко пальпируется опухолевидное образование округлой формы, до 5-6см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень +1+2 см из-под края реберной дуги, край её закруглен, несколько плотноват. Селезенка не прощупывается. Поколачивание по поясничным областям безболезненно. Цвет мочи не изменен.

Задание.

1. Какие основные синдромы имеются в клинической картине заболевания?
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления диагноза, их информативность?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Показания к хирургическому лечению, его цель?
5. Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №36. Мальчик 2-х мес. поступил в детское соматическое отделение с желтушной окраской кожных покровов и видимых слизистых, повышенной кровоточивостью из мест инъекций, периодическим беспокойством. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, физиологических срочных родов. Родители здоровы. Масса тела при рождении 3200г, при поступлении – 4100г. На 6-е сутки выписан из родильного дома с субиктеричной окраской кожных покровов. Желтушность постепенно нарастала, каловые массы обесцветились, потемнела моча. В возрасте 1 месяца госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на врожденный гепатит. После проведенного обследования диагноз гепатита был снят.

На момент осмотра состояние средней тяжести. Ребенок беспокоен. Кожные покровы и склеры желтушной окраски. Со стороны органов грудной полости без патологии. ЧСС – 126 в мин. ЧДД – 39 в мин. Живот увеличен в размерах, при пальпации - мягкий безболезненный. Отмечается расширение подкожных вен брюшной стенки. Печень +5+6см ниже реберной дуги, селезенка +5см из-под края реберной дуги.

Задание

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика и её продолжительность?
3. Наиболее информативные методы диагностики?
4. Показания к хирургическому лечению и его цель?
5. Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация.

ЗАДАЧА № 37 Мальчик 1,5 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на сильную боль в левой паховой области, тошноту, однократную рвоту. Заболел остро 3 часа назад. При осмотре в левой паховой области определяется опухолевидное образование плотнo-эластической консистенции, резко болезненное при пальпации. Кожные покровы над образованием не изменены. Яички в мошонке, размеры их соответствуют возрасту. При общем клиническом обследовании ребенка другой патологии не обнаружено. Температура тела не повышалась.

Задание.

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Тактика дежурного педиатра? План маршрутизации данного больного?
4. Тактика дежурного хирурга, показания к операции, особенности её выполнения у детей раннего возраста?

5. Цель и задачи диспансеризации ребенка после выписки из стационара.

ЗАДАЧА №38. В приемное отделение детской больницы машиной скорой помощи доставлен мальчик 5-ти лет с жалобами на боли в нижней части живота и левой половине мошонки, дважды была рвота, однократно – жидкий стул без патологических примесей. Заболел 12 часов назад, когда появились боли в левой половине мошонки. Подобные явления наблюдались около полугода назад, прошли самостоятельно. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, стонет от болей, оценка по шкале Глазго 14 баллов. Кожные покровы бледные. Температура тела 38⁰С. Со стороны органов грудной полости без патологии. Зев спокоен. Живот правильной формы; в акте дыхания участвует равномерно всеми отделами; при пальпации – мягкий, болезненный в левой подвздошно-паховой области и над лоном. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мошонка увеличена в размерах, левая её половина отечна и гиперемирована. Левое яичко увеличено, плотное, резко болезненное при пальпации; правое – не изменено. Кремастерный рефлекс слева отсутствует.

Задание.

1. Предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Возможные осложнения и их профилактика?
4. Тактика дежурного педиатра? Тактика дежурного хирурга?
5. Лечебная тактика? Показание к хирургическому лечению?
6. Послеоперационная реабилитация и прогноз?

ЗАДАЧА №39. У ребенка 2 мес. в теменной области с рождения имеется образование синюшно-красного цвета (“винное пятно”), не выступающее над поверхностью кожи, с неровными контурами, размерами 5 x 6 см.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Этиология и патогенез сосудистых мальформаций?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Тактика врача-педиатра?
5. Возможные методы лечения данной патологии?

ЗАДАЧА №40. В родильном доме у новорожденной девочки на сгибательной поверхности правого предплечья в верхней трети обнаружено опухолевидное образование размерами 3,5 x 4 см, значительно выступающее над поверхностью кожи, синюшного цвета, покрытое малоизмененной кожей, мягко-эластической консистенции, безболезненное.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Классификация врожденных сосудистых новообразований?
4. Тактика врача-неонатолога?
5. Возможные методы лечения и тактика детского хирурга?

ЗАДАЧА №41

Больной И. 5 лет доставлен в приемный покой машиной ССМП. Жалобы на деформацию и выраженные боли в правом бедре. Около часа назад прыгнул дома с дивана.

Из анамнеза: Родился в срок с нормальными показателями. В родах получил перелом ключицы. За истекшие годы лечился по поводу переломов костей обеих голеней.

Объективный статус: Общее состояние средней тяжести, обусловленное болевым синдромом, оценка по шкале Глазго 15 баллов. Температура 36.7. По органам и системам без видимой патологии. ЧДД- 26. ЧСС- 112. А/Д- 95/60. Килевидная деформация грудной клетки. Саблевидная деформация обеих голеней. Пальпация данных областей безболезненна. Обращает на себя внимание голубая окраска склер и кариозные «янтарные» зубы.

Локально: Иммобилизация правой нижней конечности транспортной шиной. Нагрузка по оси конечности резко болезненна. Выраженный отек и варусная деформация правого бедра. Незначительная патологическая подвижность. Пальпация в области диафиза правого бедра резко болезненна.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Диагностические мероприятия?
3. Необходимая неотложная помощь на догоспитальном этапе?
4. Тактика лечения?
5. Дополнительное дальнейшее обследование?
6. Прогноз?