

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения Российской Федерации»

Кафедра детской хирургии с курсом ПО им. проф. В.П. Красовской

ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.16 Детская хирургия

Красноярск
2018

Составители: к.м.н., доцент Портнягина Э.В.; к.м.н., доцент Дударев В.А.; асс. Ванюхин В. А.; асс. Доценко А.В.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.16 Детская хирургия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.16 Детская хирургия.

Детская хирургия: сб. ситуационных задач с эталонами ответов для ординаторов по специальности 31.08.16 Детская хирургия/ сост. Портнягина Э.В., Дударев В.А., Ванюхин В. А. Доценко А.В. – Красноярск : тип.КрасГМУ, 2.18. – 42 с.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25.06.18)

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответа	Уровень применения	Код формируемой компетенции
	<p>Уноворожденного ребенка к концу вторых суток после рождения появились беспокойное поведение, обильные срыгивания, рвота содержимым желудка с примесью желчи, затем – с примесью кишечного содержимого. При осмотре врачом-педиатром на 3-и сутки жизни выявлено: живот вздут, контурируются растянутые петли кишок, живот болезненный при пальпации, перкуторно – пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы установлено отсутствие анального отверстия. На месте заднего прохода имеется кожный валик 0,5 x 0,8 см. При крике ребенка определяется выпячивание в данной области. «Симптом толчка» сомнителен. При надавливании пальцем на промежность имеется ощущение баллотирования. Расстояние между седалищными буграми 2,5 см.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2. Какие методы обследования позволяют</p>	<p>1. Д-з: Аноректальный порок: низкая атрезия заднего прохода и прямой кишки, несвищевая форма</p> <p>2. Диагноз уточняется специальным рентгенологическим методом по Вангенстину-Райсу (рентгенологическое обследование проводится через 16-18 ч. с момента рождения в положении инвертопозиции с контрастной меткой на промежности: измеряется диастаз между куполом газа в прямой кишке и меткой на коже промежности)</p> <p>3. Экстренная транспортировка новорожденного в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% – 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе)</p> <p>4. Кратковременная предоперационная подготовка, промежностная проктопластика, послеоперационная комплексная терапия.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>уточнить диагноз?</p> <p>3. Ваша тактика в роли врача-педиатра?</p> <p>4. Каковы общие принципы лечения болезни?</p>			
	<p>В клинику поступил ребёнок 6 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры тела до 37°C. Болен в течение 10 часов. При осмотре: язык суховат, брюшная стенка плохо участвует в акте дыхания, при пальпации определяется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Щеткина, Воскресенского, Ситковского, Образцова. В анализе крови лейкоцитов $12,5 \times 10^9$/литр, СОЭ 18 мм/час. В анализе мочи изменений нет.</p> <p>1. Какой диагноз следует поставить ребёнку?</p> <p>2. Нужна ли больному предоперационная инфузионная терапия?</p> <p>3. Каким доступом следует оперировать больного?</p>	<p>1) диагноз – острый аппендицит</p> <p>2) инфузионная терапия в предоперационном периоде не нужна</p> <p>3) доступом Волковича-Дьяконова.</p>	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
	<p>Ребенок, возраст 1 мес. Масса тела при рождении 3800. Беременность протекала с токсикозом первой половины, с 10 дня жизни появилось срыгивание, с 14 дня рвота после каждого кормления, затем рвота стала реже, но большей частью «фонтаном», створоженным молоком. Ребенок стал, редко мочится, появились запоры.</p>	<p>1. Атрезия пищевода.</p> <p>2. После удаления слизи из ротовой полости, верхних дыхательных путей, дачи кислорода провести зондирование пищевода, желудка (зонд не менее 24 см).</p> <p>3. При установлении данного диагноза: А) создать оптимальные условия микроклимата;</p>	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

<p>Вес 2900. Участковый педиатр назначил атропин, но-шпу, улучшения нет. При поступлении состояние тяжелое. Кожа дряблая, складки на лице и бедрах, п/к жировой слой выражен слабо. При осмотре живота в эпигастральной области видны крупные волны перистальтики, которые переходят вправо и исчезают.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Проведите дополнительное обследования. 3. Назначьте лечение. 	<p>Б) не кормить, не поить; В) обеспечить экстренную транспортировку ребенка в клинику детской хирургии для оперативного лечения (в оптимальных условиях транспортировки).</p>			
<p>Девочку 6 лет беспокоит кашель с выделением гнойной мокроты, особенно по утрам и при наклоне туловища вперед. Периодически кашель уменьшается, но в то же время у ребенка поднимается температура до 38°C. Ребенок в возрасте 3 лет перенес корь, после этого часто болела ОРЗ. Кожные покровы бледноватые, слева на фоне жесткого дыхания прослушиваются влажные хрипы.</p> <p>Ваша дальнейшая тактика?</p> <p>Дополнительные методы исследования?</p> <p>Предположительный диагноз?</p>	<p>Госпитализировать в легочный стационар. Сделать рентгенографию, бронхоскопию, бронхографию, функцию внешнего дыхания, анализы крови. Предполагается бронхоэктатическая болезнь.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>	
<p>Девочка 4 лет припадает на левую ногу. При осмотре: конечность укорочена, большой вертел расположен выше линии Розера–</p>	<p>У ребёнка врождённый вывих левого бедра. Клинические признаки (укорочение конечности, ограничение отведения</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>	

	<p>Нелатона на 3 см, лёгкая атрофия мышц бедра и ягодичной группы, ограничено движение бедра, симптом Тренделенбурга положительный. На представленной рентгенограмме вертлужная впадина пустая, мелкая, верхний край сглажен. Головка бедренной кости расположена в наацетабулярной области. Шеечно-диафизарный угол равен 140°. Поставьте диагноз и назначьте лечение.</p>	<p>бедра, высокое стояние большого вертела) подтверждены рентгенологическими симптомами: вертлужная впадина пустая и мелкая, её верхний край скошен, головка бедренной кости вне впадины. Учитывая возраст, врач должен назначить оперативное вправление бедра с углублением вертлужной впадины.</p>		<p>ПК-7, ПК-12</p>
	<p>У новорожденного 3. через 3 часа после рождения появилась рвота с примесью желчи. Через 6 часов была отмечена повторная рвота сразу после кормления. Мекония не было. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот несколько увеличен в размерах в верхних отделах и запавший в нижних. Зонд свободно проходит в желудок. Содержание последнего – створоженное грудное молоко с желчью.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании необходимо подумать? 2. Какие методы исследования позволяют уточнить диагноз? 3. Ваша тактика в роли врача-педиатра? 4. Каковы общие принципы лечения больного? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденная высокая кишечная непроходимость. 2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости. 3. Срочная консультация детского хирурга, экстренная транспортировка в детское хирургическое отделение для оперативного лечения. 4. Предоперационная подготовка, оперативное лечение, комплексная терапия в послеоперационном периоде 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>Вас вызвали в роддом на консультацию. Родилась девочка вес 2700 от 3-й</p>	<p>Врожденная лучевая косорукость. Оперативное лечение костнопластическое</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2,</p>

	<p>беременности. Из анамнеза отмечался токсикоз первой половины беременности. При осмотре отмечается укорочение и изгиб правого предплечья в лучевую сторону. Мышцы данной конечности атрофичны. Пульс на лучевой артерии отсутствует. Первый второй палец правой кисти атрофичны их движения резко ограничены. Ваш диагноз? Лечение?</p>	<p>замещение отсутствующей кости.</p>		<p>ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>В приемный покой доставлен мальчик 8 месяцев в сопровождении родителей. Жалобы матери на выраженное беспокойство ребенка в течение часа, наличие опухолевидного образования в левой паховой области, однократную рвоту. Со слов матери стул был однократно, обычного цвета, консистенции, газы отходят, мочится самостоятельно, достаточно. Объективно: Ребенок в сознании, выражена двигательная активность, кожные покровы, видимые слизистые чистые, бледно-розовые, обычной влажности, температура тела 36,8°C. Носовое дыхание сохранено, в легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет, ЧДД 32 в минуту. Гемодинамические показатели в пределах нормы. Живот обычной формы, в левой паховой области</p>	<p>Ущемленная левосторонняя паховая грыжа. 2. Консервативная терапия: попытка вправить грыжевое содержимое в брюшную полость, при неэффективности - ввести в/м Sol. Atropinisulfatis 0,1% из расчета 0,05-0,1 ml/год жизни и повторить попытку консервативного вправления грыжевого содержимого. При неудачной попытке вправить – оперативное лечение.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>отмечается опухолевидное образование мягкой-эластической консистенции, размером 2,0x3,5 см, не спаяно с окружающими тканями, кожа над ним не изменена, перкуторно над ним выявляется тимпанит.</p> <p>1. Ваш диагноз? 2. Окажите неотложную помощь ребенку?</p>			
	<p>На приеме у детского хирурга мальчик 12 лет с жалобами на деформацию грудной клетки, частые простудные заболевания, слабость, одышку, чувство дискомфорта в области сердца. Со слов, деформация замечена с 6 лет, которая постепенно увеличивается. В последние 2 года заметил, что на занятиях физкультурой нормативы упражнений им выполняются с трудом, появляются одышка и учащение сердцебиения. В школе занимается удовлетворительно. Объективно. Состояние ребенка средней степени тяжести, при осмотре в контакт вступает неохотно, раздражителен. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. $m_t=30$ кг, $l_t=155$ см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических</p>	<p>Воронкообразная деформация грудной клетки, симметричная форма, стадия декомпенсации.</p> <p>2. Снижена жизненная емкость легких до 60%, нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивно-обструктивному типу.</p> <p>3. Рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях.</p> <p>4. Оперативное лечение.</p>	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12

<p>шумов нет. ЧСС 85 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на уровне левой среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.</p> <p>Местно. Хрящевые отделы IV-VII ребер и н/3 грудины западают, грудина деформирована по типу «седла», наклон ребер и межреберные промежутки одинаковые с обеих сторон. Экскурсия грудной клетки снижена.</p> <p>На выполненной спирометрии: VC = 60%, FEV1,0 = 65%.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Оцените результаты спирометрии. 3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 4. Лечебная тактика у данного больного. 			
<p>В клинику поступил ребенок 3 лет с жалобами на двукратную рвоту содержимым типа кофейной гущи. Накануне мать отмечала наличие черного стула.</p> <p>В анамнезе: в периоде новорожденности – длительное мокнутие пупочной ранки.</p> <p>При объективном осмотре: состояние ребенка тяжелое, кожа бледная, губы бледно-розовые, умеренно выражено расширение</p>	<p>Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне тромбоза воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.</p> <p>2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок),</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>венозной сети на передней брюшной стенке и грудной клетке. Живот увеличен в объеме, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край ровный, селезенка выступает на 4 см. из-под края реберной дуги, плотная. ОАК: Нь – 84 г/л, эр. – $1,6 \times 10^{12}$/л, л. – $4,5 \times 10^9$/л, ЦП – 0,8; СОЭ – 12 мм/час.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Обоснование диагноза 3. Что явилось причиной данной патологии? 4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм. 5. Составьте план лечения ребенка. 6. Правильна ли тактика врача-педиатра? 	<p>признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Флебит пупочной вены и как следствие тромбоз. 4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличие признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией. 5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному портокавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения). 6. При наличия воспаления в области пупочной ранки – консультация хирурга, УЗИ в динамике, решение вопроса об антибактериальной терапии и лечении в условиях стационара. 		
	<p>На прием к педиатру обратилась мать с пятилетним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Положить холод на живот. 4. Определить группу крови, резус-фактор. 2. Определить степень кровопотери. 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>

<p>цвета стул, нарушение само-чувствия. Со слов матери, указанные симптомы появились у мальчика двое суток назад. При осмотре обращает на себя внимание выраженная бледность кожных покровов, слабого наполнения пульс, тахикардия до 120 уд/мин. АД 80/50 мм.рт.ст., тоны сердца приглушены, живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: Hb-75 г/л, эр-2,0*10¹²/л, Ht-23%.</p> <p>Задания:</p> <p>Укажите алгоритм действий врача при продолжающемся кровотечении из ЖКТ у ребенка, поменяв в нужной последовательности представленные ниже пункты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Начать переливание коллоидных растворов и крови. 2. Определить степень кровопотери. 3. Установить причину и локализацию кровотечения. 4. Определить группу крови, резус-фактор. 5. Положить холод на живот. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Начать переливание коллоидных растворов и крови. 3. Установить причину и локализацию кровотечения. 		<p>ПК-7, ПК-12</p>
<p>Доставлен ребенок В., 9 месяцев. Заболел 2 дня назад. Заболевание началось остро через 3 часа после кормления (отец дал кусочек колбасы). Ребенок стал беспокоиться, кричать, сучить ножками, появилась рвота съеденной пищей. Периодически ребенок успокаивался, засыпал. Сделана клизма, получен стул. Ребенок успокоился, но самочувствие осталось тяжелым: вялый,</p>	<p>. Диагноз: острая кишечная непроходимость</p> <p>2. Алгоритм действий врача по обследованию больного:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) срочная обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении б) контрастное исследование ЖКТ с барием в) биохимические 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>бледный, появилась рвота с примесью желчи, вздутие живота. Через 8 часов был отмечен стул с примесью крови темно-вишневого цвета.</p> <p>При поступлении общее состояние тяжелое. Рвота с желчью. Живот вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Ректально на пальце определяется кровь. Температура 37,2°C, лейкоцитоз – $12 \cdot 10^{12}$ /л со сдвигом влево.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Какой метод обследования необходимо предпринять? 3. Выберите правильную лечебную тактику. 	<p>анализы крови с целью выявления нарушений гомеостаза: К, Na, Cl, белковые фракции билирубин сахар мочевины амилаза</p> <p>г) групповая и резус – принадлежность</p> <p>д) исследование ССК</p> <p>3. Лечебная тактика: срочное оперативное вмешательство после проведения кратковременной предоперационной подготовки (для уменьшения симптомов интоксикации и дегидратации).</p>		
<p>В последние два месяца ребенок 5 лет стал уставать при физической нагрузке, появился сухой кашель, снижение аппетита. Участковым педиатром отмечены: бледность кожных покровов, потеря массы тела, сглаженность в области яремной вырезки, расширение границ верхней половины средостения, несколько асимметричное, больше – с правой стороны. Со стороны лёгких, сердца – без особенностей. Рентгенологически: тень образования в верхних отделах переднего средостения, больше с</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Диагноз: злокачественная тимома. 2. Алгоритм обследования: <ul style="list-style-type: none"> – УЗИ – КТ – МРТ 3. Операция – удаление опухоли с гистологическим исследованием + ПХТ и ЛТ. 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>правой стороны, интенсивная, гомогенная, неправильно–овальной формы, наружные контуры ровные. Сердце и лёгкие – без патологии.</p> <p>В анализах крови Hb-96 г/л, эр.-2,2×10¹²/л, СОЭ-32 мм/ч, других изменений нет.</p> <p>Ребёнок направлен на госпитализацию в отделение детской торакальной хирургии.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Составьте алгоритм обследования. 3. Какой должна быть тактика лечения? 			
<p>У новорожденного ребенка к концу вторых суток после рождения появились беспокойное поведение, обильные срыгивания, рвота содержимым желудка с примесью желчи, затем – с примесью кишечного содержимого. При осмотре врачом-педиатром на 3-и сутки жизни выявлено: живот вздут, контурируются растянутые петли кишок, живот болезненный при пальпации, перкуторно – пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы получена слизь в небольшом количестве.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы обследования позволят 	<p>Низкая кишечная непроходимость, вероятно болезнь Гиршпрунга острая форма.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Рентген-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта (контраст – крахмал-контрастная смесь). 3. Экстренная транспортировка новорожденного в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% – 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе). Кратковременная предоперационная подготовка, срединная лапаротомия – при выявлении порока развития 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>уточнить диагноз? 3. Ваша тактика?</p>	<p>толстой кишки – наложение разгрузочной колостомы, послеоперационная комплексная терапия.</p>		
	<p>У ребенка 2-х лет имеется обезвоживание (изотоническая дегидратация) 2 степени с дефицитом массы от должной на 7%, что составляет 1 кг. Вес на момент поступления 11 кг (норма 12 кг).</p>	<p>1. Расчет количества жидкости для ИП по Деннису: $150 \text{ мл} \cdot 11 \text{ кг} = 1650,0 \text{ мл}$ 2. Качественный состав ИП: Коллоиды – 1 часть (550,0 мл) - реополиглюкин 200 мл в/в кап. - плазма одногруппная 150 мл в/в кап. - альбумин 10% р-р 200 мл в/в кап. Кристаллоиды – 2 части (1100,0 мл) - глюкоза 10 % р-р 850,0 мл - солевые р-ры (дисоль, р-р Рингера) 250,0 мл. 3. Скорость введения инфузата по формуле: $\text{число кап/мин} = 1650 \text{ (мл)} / 4 \cdot 10 \text{ (час)} = 41 \text{ кап/мин.}$</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>У ребёнка 4 лет голова наклонена вправо и удерживается в этом положении укороченной грудино-ключично-сосцевидной мышцей. Череп и лицо асимметричны. Правое надплечье выше левого. Сгибательно-разгибательные движения в шейном отделе позвоночника возможны в полном объёме, ограничен наклон головы влево. Боли нет. Поставьте диагноз и назначьте лечение.</p>	<p>Диагноз «Врождённая мышечная кривошея». Учитывая возраст ребёнка, лечение оперативное — удлиняющая пластика правой кивательной мышцы.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>В приемный покой ДСО доставлен ребенок К. 2,5 мес. Заболел месяц назад – отмечается частый жидкий</p>	<p>1. Язвенно-некротический энтероколит, перфоративный перитонит. 2. Клинические</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5,</p>

<p>стул с примесью крови. Находился на лечении в детском инфекционном отделении по поводу кишечной инфекции. Выписан с выздоровлением. 2 дня тому назад состояние ребенка ухудшилось: появилось вздутие живота, отсутствует стул, не отходят газы, была 2-х кратная рвота с примесью желчи. При осмотре состояние больного очень тяжелое, вялость, серость кожных покровов, температура тела 38, ЧД до 52 в минуту, ЧСС 160 в минуту. Обращает на себя болезненность при пальпации, имеется отек передней брюшной стенки, наружных половых органов. При перкуссии - отсутствие печеночной тупости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О какой патологии необходимо подумать? 2. Укажите наиболее информативные методы обследования, позволяющие установить диагноз. 3. Какой должна быть тактика врача-педиатра приемного покоя соматического стационара? 4. Укажите объем необходимой медицинской помощи ребенку на этапе приемного покоя ДСО. 	<p>физикальные данные, обзорная рентгенография брюшной полости.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Оказание неотложных мероприятий в приемном покое ДСО, обеспечение экстренной транспортировки в детское хирургическое отделение. 4. Гормоны, жаропонижающие средства, начать инфузионную терапию. 			<p>ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>В приемное отделение доставлен ребенок 1,5 лет. Отмечается выраженное беспокойство, учащенное дыхание, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Из анамнеза известно, что получал</p>	<p>Пневмоторакс, пиопневмоторакс.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях. 3. Плевральная пункция, консервативная терапия. 	<p>ТК, ГИА</p>		<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>лечение по поводу ОРВИ в течение 5 дней. 2 часа назад резко ухудшилось состояние.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Какой метод диагностики поможет уточнить диагноз? 3. Какое лечение показано ребенку? 			
	<p>В клинику детской хирургии поступил 5-месячный ребенок с направительным диагнозом: паралич Эрба правой верхней конечности. Из анамнеза удалось уточнить, что ребенок болен 2 суток, когда матерью отмечено появление беспокойства при движениях правой ручкой и при дотрагивании до области правого плечевого сустава. К концу первых суток повысилась Т тела до 38,0, на вторые сутки отмечено увеличение объема правого плечевого сустава. При осмотре состояние больного оценено средней тяжести: аппетит снижен, ребенок вялый, температурит, резко беспокоится при прикосании к правой ручке, где отмечается значительный отёк области правого плечевого сустава.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Каков алгоритм диагностического поиска? 3. Какую лечебную тактику следует выбрать? 4. Составьте план консервативного лечения данного заболевания. 	<p>Предположительный диагноз: эпифизарный остеомиелит проксимального эпифиза правой плечевой кости</p> <p>2. Алгоритм диагностического поиска:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) ОАК б) R графия правого плечевого сустава в) УЗИ правого плечевого сустава г) диагностическая пункция правого плечевого сустава и эпифиза <p>3. Лечебная тактика - пункционный метод с повторными пункциям эпифиза и сустава с промыванием последнего и введением антибиотиков</p> <p>4. План консервативного лечения:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) антибактериальная терапия двумя антибиотиками б) дезинтоксикационная терапия в) борьба с гипертермией г) комплекс витаминов д) пассивная иммунизация организма е) физиолечение ж) иммобилизация конечности. 	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
	Ребенок 5 лет поступил в	Рубцовый стеноз пищевода	ТК, ГИА	УК-2,

<p>детское хирургическое отделение с жалобами на затрудненное глотание при приеме густой пищи, похудание. Месяц тому назад случайно вылил уксусную эссенцию. Были сильные боли во рту. Дома дали выпить молоко, воду и через 30 минут доставили в ЦРБ, где с помощью зонда промыли желудок и отправили домой. В первые двое суток ребенок отмечал боли при глотании, принимал осторожно жидкую пищу. Затем боли постепенно исчезли и ребенок стал принимать общую пищу. Через 3 недели стали замечать затрудненное глотание, обильная саливация. Стал принимать пищу медленно, хотя аппетит сохранялся. В последующее время предпочитал жидкую пищу. Похудел. Объективно: пониженного питания, бледноватый, язык умеренно обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации безболезнен. Стул 1 раз в 2-3 дня. Диурез уменьшился. Ваш диагноз? Ваша дальнейшая тактика?</p>	<p>(формирующийся) на почве ХОП. Специальное обследование (рентгеноконтрастное исследование пищевода, желудка, эзофагоскопия). Биохимические и клинические анализы крови. Консервативное лечение (в первую очередь - бужирование пищевода).</p>		<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>Мальчик 12 лет в течение 5-ти месяцев страдает сильными ночными болями в нижней конечности – в области верхней трети левой голени. Со слов родителей и мальчика, за этот период времени нога стала тоньше, а в зоне болезненности появилась припухлость. При клиническом</p>	<p>Диагноз: Остеоид-остеома верхней трети левой большеберцовой кости. 2. Дифференцируют: а. со склерозирующим остеомиелитом Гарре б. с эозинофильной гранулёмой в. с туберкулёзным оститом г. с остеогенной саркомой. д. с саркомой Юинга</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>обследовании установлено, что температура у ребёнка нормальная, со стороны соматического статуса отклонений от нормы нет. Местно: визуально и при измерении левая голень в объёме меньше правой, в верхней трети определяется припухлость размерами 4×5см, кожа не изменена, местной температуры и пальпаторной болезненности нет, осевая нагрузка также безболезненна.</p> <p>На рентгенограмме в верхней трети большеберцовой кости на границе метафиза и диафиза имеется очаг разрежения кости размерами 1×2 см, так называемое «гнездо» окружено зоной ярко выраженного склероза и смещено эксцентрично – в кортикальный слой кости. В анализе крови выраженных отклонений от нормы нет.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Учитывая характерную клинико-рентгенологическую картину, поставьте правильный диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику (а, б, в, г, д). 3. Определите метод лечения. 	<p>3. Лечение только хирургическое – резекция сегмента кости, содержащего «гнездо» остеид-остеомы.</p>		
<p>Мальчика 9 лет в течение 3-х последних месяцев беспокоят периодически повторяющиеся схваткообразные боли в животе, и в момент приступа болей, поглаживая живот, он прощупывает у себя какое-то опухолевидное образование в правой половине живота,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1: а. Лимфоретикулосаркома илеоцекального угла (более вероятно) б. Аскаридоз кишечника (конкурирующий диагноз) 2. Синдром хронической илеоцекальной инвагинации 3. ФКС, ирригография 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>достаточно подвижное. После его ручного расправления самим ребёнком болевой симптом исчезает. За этот же период, со слов больного, он похудел, т.к. у него ухудшился аппетит. Стул не изменён. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, питание ребёнка понижено, язык влажный, в лёгких и сердце патологических изменений нет.</p> <p>Местно: живот участвует в акте дыхания, в размерах не увеличен, пальпации доступен, мягкий. В правой подвздошной области удалось пальпировать овальное опухолевидное образование размерами 7 x 9 см, безболезненное, умеренно смещаемое. Rectum образование не достигается.</p> <p>В анализах крови: лейкоцитов $8,0 \times 10^9/\text{л}$, Hb 102 г/л, СОЭ 43 мм/час.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какие 2 заболевания можно предполагать? Укажите наибольшую вероятность одного из них. 2. Какой ведущий синдром, обусловленный типичным осложнением этого заболевания, был у ребёнка? 3. Назовите 2 самых информативных метода диагностики при данной патологии. 4. Какая лечебная тактика будет наиболее адекватной в данном случае? 	<p>4: а. Операция – резекция илео-цекального угла б. Послеоперационные курсы полихимио- и лучевой терапии.</p>		
---	--	--	--

	<p>Девочка 15 лет, имеющая I разряд по гимнастике, пришла на консультацию со своим тренером, заметившим, что девочка в последнее время стала сутулиться, спина стала более круглой и полностью не исправляется в обычной стойке. Быстро устаёт, а после интенсивной тренировки в дополнение к усталости появляются боли в грудном отделе позвоночника. Результаты осмотра: гиперкифоз грудного отдела позвоночника. На рентгенограмме выявлено снижение высоты тел грудных позвонков в передних отделах с IV по VIII. Каковы диагноз и лечение?</p>	<p>Диагноз «Болезнь Шойермана–Мау». Исключить физическую нагрузку на позвоночник, консервативное лечение.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>Ребенок 5 лет заболел остро, появились боли в животе, высокая температура, рвота. Родители лечили ребенка антибиотиками. На 2-ой день присоединилось частое, болезненное мочеиспускание. Лейкоцитоз крови $15 \times 10^9/\text{л}$, в анализе мочи изменений нет. Состояние средней тяжести кожные покровы бледные, язык влажный. Живот мягкий, болезненны при пальпации. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга положительны. Ректально: тонус сфинктера сохранен, бимануально пальпируется болезненный инфильтрат. Задания:</p>	<p>1. Острый аппендицит, абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат. 2. Тактика хирурга должна быть активной: оперативное лечение после предоперационной подготовки.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>1. Поставьте диагноз. 2. Определите дальнейшую тактику</p>			
	<p>В клинику детской хирургии поступил мальчик 7 лет, с жалобами на стойкую пиурию, микрогематурию. При экскреторной урографии выявлено снижение секреторной функции правой почки, на 15 минуте появляются бесформенные «озера» контраста, мочеточник справа не определяется.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О каком заболевании можно думать? 2. Какие методы необходимы для уточнения диагноза? 3. Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Гидронефроз 2. УЗИ почек, ретроградная уретеропиелография, радиоизотопная ренография. 	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
	<p>Из поликлиники в ДХО направлен ребенок 6 лет с диагнозом: опухоль брюшной полости. Состояние ребенка удовлетворительное. Живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно, при пальпации мягкий, безболезненный. На уровне пупка и ниже справа и слева от позвоночника определяется опухолевидное образование, безболезненное, эластической консистенции, малоподвижное. Анализы мочи и крови без патологии.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. О какой патологии можно думать? 2. Проведите обследование ребенка. 3. Ваша дальнейшая тактика. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Подковообразная почка. 2) УЗИ органов брюшной полости, экскреторная урография или абдоминальная ангиография для подтверждения диагноза подковообразной почки. 3) Диспансерное наблюдение. 	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
	Больная 9 лет поступила с	1) Камень средней трети	ТК, ГИА	УК-2,

<p>жалобами на приступообразные боли в животе, макрогематурию. Больна в течение суток. Объективно: состояние средней степени тяжести. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий, болезненный справа по латеральному каналу, симптомов раздражения брюшины нет. Справа положительный симптом 12 ребра. На экскреторной урограмме отмечается запаздывание контрастирования почки справа, дилатация ее полостной системы, мочеточник справа атоничен, прослеживается до средней трети, положительный симптом нисходящего указательного пальца.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз</p> <p>2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?</p> <p>3. Назначьте лечение.</p>	<p>мочеточника.</p> <p>2) Ретроградная пиелография.</p> <p>3) Вначале – консервативная терапия, при неэффективности – операция.</p>		<p>ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>В приемный покой ДХО поступил мальчик 12 лет с жалобами на задержку мочеиспускания в течении суток. Объективно: состояние ребенка средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски. Со стороны костно-мышечной системы без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 116 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот не вздут,</p>	<p>1. Острая задержка мочи.</p> <p>2. Выведение мочи катетером, при невозможности – эпицистостомия.</p> <p>3. Камень мочевого пузыря, сгустки крови, сгустки гноя, инородное тело, рефлекторная задержка.</p> <p>4. Разрыв мочевого пузыря, мочевого перитонит.</p> <p>5. Катетеризация мочевого пузыря, цистоскопия, цистография.</p> <p>6. Выведение мочи, симптоматическое лечение</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>отмечается умеренная асимметрия за счет выбухания нижних отделов. При пальпации определяется мочевого пузырь до уровня пупка.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. .Поставьте диагноз 2. .Ваша тактика в данной ситуации 3. .Каковы причины, вызвавшие данное состояние 4. Каковы причины острых и хронических форм 5. Осложнения данного заболевания 6. .Диагностика данной патологии 7. .Лечение данного заболевания 	<p>причин, вызвавших острую задержку мочи.</p>		
	<p>В клинику детской хирургии поступил мальчик 7 лет с жалобами на стойкую пиурию, микрогематурию. При экскреторной урографии выявлено снижение секреторной функции правой почки, на 15 минуте появляются бесформенные «озера» контраста, мочеточник справа не определяется.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) О каком заболевании можно думать? 2) Какие методы необходимы для уточнения диагноза? 3) Ваша тактика? 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Гидронефроз 2) Отсроченные рентгенограммы, абдоминальная ангиография, радиоизотопная ренография 3) Оперативное лечение. 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>Мальчик 8 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правом яичке, усиливающимися при ходьбе. Из анамнеза известно, что 2 дня назад во время игры в футбол получил удар в область промежности.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Атрофия яичка. 2) Ревизия пахового канала. 3) Наблюдение эндокринолога. 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>При поступлении состояние не тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. При осмотре обращает на себя внимание умеренный отек и гиперемия мошонки. При пальпации яичко равномерно увеличено в размерах, болезненное. Выпота в оболочку яичка нет.</p> <p>В анализах мочи без патологии.</p> <p>Анализ крови: Нв 118 г\л, эритроциты $3,9 \cdot 10^{12}$\л, лейкоциты $12,4 \cdot 10^9$/л э 3%, п\я 1%, с\я 50%, л 45%, м 1%, СОЭ 8 мм\час.</p> <p>1) Ваш предположительный диагноз?</p> <p>2) Какие дополнительные методы исследования можно использовать?</p> <p>3) Назначьте адекватное лечение.</p> <p>4) Какие еще заболевания яичка можно отнести в эту же группу?</p> <p>5) Осложнения данного заболевания.</p> <p>6) Реабилитация больных.</p>			
<p>На прием к педиатру обратился ребенок 8 лет с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, потерю аппетита, быструю утомляемость, желтушное окрашивание кожи, склер, бледность и наличие опухолевидного образования в левой половине живота. Анамнез. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 лет, но родители связывали это с</p>	<p>1) наследственная микросфероцитарная гемолитическая анемия</p> <p>2) Характеризуется триадой симптомов заболевания: желтушное окрашивание кожи, склер, анемия и увеличение селезенки. Решающее значение имеют данные исследования состава крови, наличие микросфероцитов.</p> <p>3) наличие жалоб на боли в животе области печени,</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>повышенной нагрузкой в школе. Периодически отмечали наличие жалоб на боли в животе области печени. В последнее время мать обратила внимание на бледность ребенка, а в течение последней недели – на наличие желтушности кожи и «глаз».</p> <p>При поступлении состояние ближе к тяжелому. Ребенок вялый, на вопросы отвечает не охотно, но адекватный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа чистая, бледная с желтушным оттенком, склеры иктеричные. При осмотре слизистой рта обращает внимание неправильное расположение зубов, высокое стояние неба. Живот не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, мягкий. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень увеличена (+3 см от края реберной дуги, несколько уплотнена, безболезненная. Селезенка увеличена (нижний полюс пальпируется на 5 см ниже реберной дуги).</p> <p>В анализах крови: НЬ до 70 г\л, эритроциты $2,5 \cdot 10^9$ \л, микросфероцитоз (до 50%), уменьшение диаметра эритроцитов меньше 6,4 мкм, резкое снижение осмотической резистентности эритроцитов (норма мин. рез. эритроцитов 0,48, то при ГА 0,60 -0,70 и ниже). В биохимическом анализе крови – билирубин до 52 ммоль\л, АсТ 0,78 и АлТ 0,89</p>	<p>селезенки обусловлено увеличением этих органов, напряжением капсулы, развитием периспленита или инфаркта селезенки.</p> <p>4) Анемия обусловлена гемолитическим фактором. Степень гипербилирубинемии обусловлена не только интенсивностью гемолиза эритроцитов, но и скоростью перехода свободного билирубина в связанный.</p> <p>5) Дифференциальная диагностика проводится с: отравлением химическими веществами, механической желтухой, биллиарным циррозом, ферментативной ГА, наследственной овалоцитарной ГА, аутоиммунной ГА.</p> <p>6) Лечение: Консервативная терапия в лучшем случае приносит временное улучшение. Спленэктомия после ликвидации гемолитического криза.</p>		
---	--	--	--

<p>В моче содержание уробилина 120 мг (при норме 10 -20 мг). Количество стеркобилина в кале 1200 мг, (при норме 50-100 мг). В пунктате костного мозга число эритробластов составляет 66% всех клеток костного мозга.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз 2. Обоснуйте постановку диагноза 3. Объясните наличие у ребенка болей в животе 4. Объясните выявленные изменения в анализах крови 5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. 6. Определите тактику лечения 			
<p>Врачом ортопедом при профилактическом плановом осмотре у мальчика 14 лет. Из анамнеза за последние полгода ребенок вырос на 6см. При осмотре отмечается кифоз грудного отдела, выражен лордоз в шейном отделе. Деформация позвоночника не изменяется ни в горизонтальном положение, ни в подтягивание.</p> <p>Рентгенологический: клиновидное изменение 9 Th позвонка, в передних отделах апофизов 9 позвонка отсутствуют ядра окостенения.</p> <p>Ваш диагноз? Лечение?</p>	<p>Нарушение осанки «сколиотическая осанка», общее оздоровление ребенка, выработка индивидуально статико-динамического режима, ЛФК, массаж и т.д.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>Во время игры мальчик 10 лет случайно получил удар клюшкой в область грудины. Отмечается сильная боль в месте травмы при попытке глубоко вдохнуть. Объективно: в области тела грудины припухлость, гематома, ссадина. Пальпаторно - местная сильная боль. Границы средостения незначительно расширены в зоне наибольшей болезненности. Тоны сердца обычные. Дыхание проводится с обеих сторон, но экскурсия грудной клетки неглубокая. Ваш диагноз? Ваша тактика.</p>	<p>Перелом грудины. Госпитализация в хирургическое отделение. Рентгенография грудной клетки (грудина) в 2-х проекциях. Новокаиновая блокада места перелома. Проникающее ранение грудной клетки. Повреждение легкого. Открытый пневмоторакс, плевро-пульмональный шок II ст. Окклюзионная повязка, противошоковая, инфузионная терапия, срочная операция под эндотрахеальным наркозом: торакотомия, ушивание раны (экономная резекция) легкого. Послойное ушивание, раны грудной стенки, дренирование по Бюлау.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>Во время оказания акушерского пособия ребенок получил травму правой верхней конечности. При осмотре рука свисает вдоль туловища, активные движения отсутствуют, болезненность в плечевом суставе. Определите объем неотложной помощи в условиях роддома, тактику педиатра. Показания и сроки перевода в ДТО, диагноз, тактика лечения, осложнения.</p>	<p>Диагноз: подозрение на родовой эпифизеолиз правой плечевой кости. Показана иммобилизация повязкой Дезо, перевод в ДТО. Следует выполнить Р-графию Лечение: репозиция и иммобилизация на отводящей шине.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>Ребенок упал с дерева, ударившись левым боком о камень. Сознания не терял. Домой дошел самостоятельно. Доставлен в стационар через 2 часа. Состояние тяжелое, АД</p>	<p>1) Травма почки 2) Экскреторная урография, УЗИ 3) При ушибе почки - консервативное лечение, при разрыве - оперативное лечение.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>60/50, пульс 120 в минуту. В анализе крови Нв - 78 г/л, в общем анализе мочи эритроциты сплошь в поле зрения.</p> <p>1) Ваш диагноз? 2) План обследования 3) Лечебная тактика.</p>			
	<p>Ребенок 5 лет играл у машины с которой разгружали бревна. Бревно упало и придавило таз ребенку. Машиной скорой помощи в крайне тяжелом состоянии доставлен в ДТО.</p> <p>При поступлении состояние крайне тяжелое: в сознании, кожные покровы бледные, обширная гематома в области лобка справа распространяется на поясничную область, обширные ссадины над лоном, Тоны сердца приглушены, кровяное давление 80/50 мм ртутного столба. В моче - кровь. Рентгенограмма костей таза прилагается.</p> <p>Поставьте диагноз, назначьте лечения.</p>	<p>1. Закрытый компрессионный перелом III шейного позвонка; 2. Реклинация на наклонной поверхности петлей Глиссона 1 месяц; 3. Перелом тела, поперечных отростков, остистого отростка, краевые переломы; 4. Срок лечения в стационаре 1 месяц, гипсовый воротник 3 месяца, массаж, гимнастика 5 месяцев.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
	<p>В клинику детской хирургии поступила девочка 10 лет с ножевым ранением брюшной полости. Из анамнеза выяснено, что на ребенка на улице напал мужчина с попыткой изнасилования. Девочка сильно кричала и он нанес ей ножевое ранение в живот, после чего убежал, так как появились прохожие. Изнасилования не было. Вызвана бригада «Скорой помощи», которой больная доставлена в больницу через</p>	<p>Проникающее ранение брюшной полости с повреждением желудка; Политравма (закрытая черепно-мозговая травма, гематома левой височной области, перелом костей носа, перелом 6, 7, 8 ребер слева, перелом правой бедренной кости, травма почек, травма печени(?)). Закрытый левосторонний пневмоторакс. Носовое кровотечение.</p> <p>Внутрибрюшинное</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>30 минут после происшествия. Ребенок без родителей, поэтому анамнез жизни не собран.</p> <p>При осмотре: состояние тяжелое. Девочка в сознании, стонет. Кожа чистая, бледная. АД 105/65 мм. рт. ст. пульс 116 ударов в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. Сердце, легкие без патологических изменений.</p> <p>На животе повязка, пропитанная кровью. Срочно произведена перевязка, во время которой в эпигастральной области обнаружена линейная резаная рана до 4 см. в длину, через неё пролабирует из брюшной полости участок большого сальника. Живот напряжен и болезненен.</p> <p>Общий анализ крови: эритроциты $3,5 \cdot 10^{12}$/л; НЬ 130 г/л; лейкоциты $10,2 \cdot 10^9$/л; СОЭ 6 мм/час.</p> <p>Другие анализы без патологии.</p> <p>На рентгенограмме брюшной полости - «серп» воздуха под правым куполом диафрагмы.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз; 2. Обоснуйте его; 3. Выскажите предположение о наибольшей вероятности ранения какого органа брюшной полости (какой орган поврежден вероятнее всего?); 4. Составьте алгоритм 	<p>кровотечение.</p> <p>Травматический шок II степени.</p>		
--	--	--	--

<p>действий врача-хирурга;</p> <p>5. Каким будет объем оперативного вмешательства, от чего он будет зависеть?</p> <p>6. Какое осложнение может развиваться при промедлении проведением оперативного пособия?</p> <p>7. Составьте план лечения в послеоперационном периоде;</p> <p>8. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде;</p> <p>9. Какова их профилактика?</p> <p>10. Вопросы реабилитации.</p>			
<p>Ребенок 11 лет страдает постоянными запорами с рождения. Стул только после очистительных и масляных клизм. Обследован в детском хирургическом отделении. При ирригографии обнаружено сужение в ректосигмоидном отделе, выше сужения – супрастенотическое расширение. Последние 5 суток мать клизмы не проводила. Состояние ребенка резко ухудшилось, многократная рвота, появилось увеличение живота в объеме, при пальпации живота определяются каловые камни.</p> <p>1. Поставьте диагноз.</p> <p>2. Каков алгоритм действий при оказании неотложной помощи данному ребенку?</p>	<p>1. Болезнь Гиршпрунга, стадия декомпенсации.</p> <p>2. Коррекция водно-солевого баланса, сердечно-сосудистые средства, сифонные клизмы 1% раствором хлорида натрия до 10 литров с выделением жидкости через газоотводную трубку.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>На репетиции школьного хора девочка, 8 лет, стала</p>	<p>Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1,</p>

<p>жаловаться на слабость, головокружение, тошноту, а затем потеряла сознание. Со слов одноклассников известно, что девочка 3 дня назад упала на катке. Вызван школьный врач. При осмотре девочка без сознания, температура 36,3 кожные покровы бледные, холодный пот, дыхание поверхностное с частотой 20 в мин. Дыхаш везикулярное. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Пульс слабого наполнения 66 ударов в ми] АД - 80/30 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный диагноз. 2. Тактика педиатра. 3. Обследование в стационаре. 4. Лечение. 	<p>мозга средней тяжести. Субдуральная гематома. Срочно госпитализировать в ДНХО. Обследование: рентгенография черепа в 2-х проекциях, эхоэнцефалография, КТ. Операция: трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы.</p>		<p>ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>На мальчика, 4 лет, упал телевизор. Доставлен в стационар скорой помощью через 30 мин Состояние тяжелое, ребенок в сопорозном состоянии. Зрачковая реакция на свет живая анизокории, судорог, параличей, парезов нет. Менингеальные знаки положительные. Обширная гематома в височной области справа.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Укажите методы обследования. 3. Назначьте лечение. 	<p>9. Закрытая черепно-мозговая травма. Тяжелый ушиб головного мозга (диффузно-аксональные повреждения). Перелом височной кости справа. Субдуральная гематома справа. Обследование: рентгенография черепа в 2-х проекциях, эхоэнцефалография, КТ. Лечение: трепанация черепа, удаление субдуральной гематомы, ИВЛ, интенсивная дегидратационная терапия.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>В поликлинике на приеме у педиатра находится девочка 12 лет с жалобами на боли в животе, однократную рвоту, повышение температуры до</p>	<p>. Сравнительные результаты лечения детей с острым аппендицитом в зависимости от его формы 2. Дифференциальная</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>

<p>37,5°C. При выяснении анамнеза установлено, что боли начались рано утром и постепенно нарастают. Общее состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски, язык обложен белым налетом, суховат. Со стороны органов грудной клетки патологии нет. Пульс учащен до 100 уд/мин. Живот не вздут, при пальпации определяется напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, там же - локальная болезненность, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Образцова, Ситковского, Раздольского</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз 2) Перечислите возможные дифференцируемые заболевания 3) Определите тактику 	<p>диагностика ОА по материалам приемного покоя</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Отдалённые результаты лечения больных с острым катаральным аппендицитом 4. Спаечная болезнь после аппендэктомии 5. Лапароскопическая диагностика острого аппендицита у детей 			<p>ПК-7, ПК-12</p>
<p>Доставлен ребенок В., 9 месяцев. Заболел 2 дня назад. Заболевание началось остро через 3 часа после кормления (отец дал кусочек колбасы). Ребенок стал беспокоиться, кричать, сучить ножками, появилась рвота съеденной пищей. Периодически ребенок успокаивался, засыпал. Сделана клизма, получен стул. Ребенок успокоился, но самочувствие осталось тяжелым: вялый, бледный, появилась рвота с примесью желчи, вздутие живота. Через 8 часов был отмечен стул с примесью</p>	<p>Диагноз: острая кишечная непроходимость</p> <p>2. Алгоритм действий врача по обследованию больного:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) срочная обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении б) контрастное исследование ЖКТ с барием в) биохимические анализы крови с целью выявления нарушений гомеостаза: К, Na, Cl, белковые фракции билирубин сахар мочевины амилаза г) групповая и резус – 	<p>ТК, ГИА</p>		<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>крови темно-вишневого цвета. При поступлении общее состояние тяжелое. Рвота с желчью. Живот вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Ректально на пальце определяется кровь. Температура 37,2°C, лейкоцитоз – 12*10⁹/л со сдвигом влево. Задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Какой метод обследования необходимо предпринять? 3. Выберите правильную лечебную тактику.</p>	<p>принадлежность д) исследование ССК 3. Лечебная тактика: срочное оперативное вмешательство после проведения кратковременной предоперационной подготовки (для уменьшения симптомов интоксикации и дегидратации).</p>		
<p>У новорожденного ребенка к концу вторых суток после рождения появились беспокойное поведение, обильные срыгивания, рвота содержимым желудка с примесью желчи, затем – с примесью кишечного содержимого. При осмотре врачом-педиатром на 3-и сутки жизни выявлено: живот вздут, контурируются растянутые петли кишок, живот болезненный при пальпации, перкуторно – пестрота звука. Стула не было, газы не отходят. При попытке постановки очистительной клизмы получена слизь в небольшом количестве. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какие методы обследования позволят уточнить диагноз?</p>	<p>1. Низкая кишечная непроходимость, вероятно болезнь Гиршпрунга острая форма. 2. Рентген-контрастное исследование желудочно-кишечного тракта (контраст – крахмал-контрастная смесь). 3. Экстренная транспортировка новорожденного в клинику детской хирургии после предварительного извещения по телефону, в/м введения викасола 1% – 0,2 мл, постановки зонда в желудок, санации последнего, обеспечения оптимальных условий транспортировки (в кювезе). Кратковременная предоперационная подготовка, срединная лапаротомия – при выявлении порока развития толстой кишки – наложение</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	3. Ваша тактика?	разгрузочной колостомы, послеоперационная комплексная терапия.		
	<p>В клинику детской хирургии поступил 5-месячный ребенок с направительным диагнозом: паралич Эрба правой верхней конечности. Из анамнеза удалось уточнить, что ребенок болен 2 суток, когда матерью отмечено появление беспокойства при движениях правой ручкой и при дотрагивании до области правого плечевого сустава. К концу первых суток повысилась Т тела до 38,0, на вторые сутки отмечено увеличение объема правого плечевого сустава. При осмотре состояние больного оценено средней тяжести: аппетит снижен, ребенок вялый, температурит, резко беспокоится при прикосновении к правой ручке, где отмечается значительный отек области правого плечевого сустава.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте предположительный диагноз. 2. Каков алгоритм диагностического поиска? 3. Какую лечебную тактику следует выбрать? 4. Составьте план консервативного лечения данного заболевания. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Предположительный диагноз: эпифизарный остеомиелит проксимального эпифиза правой плечевой кости 2. Алгоритм диагностического поиска: <ol style="list-style-type: none"> а) ОАК б) R графия правого плечевого сустава в) УЗИ правого плечевого сустава г) диагностическая пункция правого плечевого сустава и эпифиза 3. Лечебная тактика - пункционный метод с повторными пункциями эпифиза и сустава с промыванием последнего и введением антибиотиков 4. План консервативного лечения: <ol style="list-style-type: none"> а) антибактериальная терапия двумя антибиотиками б) дезинтоксикационная терапия в) борьба с гипертермией г) комплекс витаминов д) пассивная иммунизация организма е) физиолечение ж) иммобилизация конечности. 	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12
	В клинику детской хирургии обратился ребенок 4 лет с жалобами на боли в животе, наличие мелкой геморрагической сыпи на теле, повышение	<ol style="list-style-type: none"> 1) Тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический криз 2) Ведущим и характерным проявлением заболевания является 	ТК, ГИА	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7,

<p>температуры.</p> <p>Анамнез: ребенок в течение 3 дней получает лечение по поводу ОРВИ. Боли в животе появились 2 часа назад, мать заметила наличие сыпи.</p> <p>Контакт с инфекционными больными отрицает (ребенок не посещает детский сад).</p> <p>При беседе с матерью удалось выяснить, что ранее в течение жизни у ребенка периодически отмечались кровотечения из слизистой оболочки носа, мелкая сыпь на коже, синячки, чему мать не придавала значения.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести, в сознании, адекватен. На коже верхних и нижних конечностей и туловища единичные элементы петехиальной сыпи и экхимозы. Печень не увеличена, край ее ровный, безболезненный. Селезенка не увеличена.</p> <p>В анализах крови гемоглобин до 97г\л, формула не изменена. Тромбоциты 120*109/л. Временя кровотечения 9 мин, при норме 2-4 мин).</p> <p>При исследовании пунктата костного мозга - задержка созревания мегакариоцитов на ранних стадиях и образование их дегенеративных форм.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Поставьте диагноз 2) Обоснуйте постановку диагноза 3) Объясните наличие у ребенка болей в животе 4) Объясните выявленные 	<p>наличие у больных гемморрагического синдрома (характерная локализация петехиальной сыпи), наличие тромбоцитопении</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Боли в животе обусловлены кровоизлияниями в брыжейку, париетальную брюшину 4) Наличие анемии обусловлено гемморрагическим синдромом. 5) Дифференциальная диагностика проводится с: <ul style="list-style-type: none"> • С гипопластической анемией, для которой при исследовании костного пунктата выявляется резкое уменьшение количества клеток всех трех ростков кроветворения, опустошение костного мозга. В анализах крови - анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ретикулоцитопения (панцитопения). • СКВ с синдромом Верльгофа. <p>Дифференцируют на основании обнаружения в крови волчаночных клеток - феномен IE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • С болезнью Гоше. <p>Отличительными особенностями которой являются: увеличение селезенки, печени с резким нарушением ее функции, изменения костной системы в виде очагов деструкции или расширения костномозговой полости с истончением изнутри кортикального слоя со своеобразным «булавидным»</p>	<p>ПК-12</p>
---	---	--------------

<p>изменения в анализах крови</p> <p>5) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику. Какие симптомы являются значимыми для дифференциальной диагностики.</p> <p>6) Определите тактику лечения</p> <p>7) Объясните смысл спленэктомии</p> <p>8) В чем заключается предоперационная подготовка</p>	<p>вздутием кости.</p> <p>Обнаружение клеток Гоше в пунктате костного мозга, селезенки, печени, лимфатических узлах.</p> <ul style="list-style-type: none"> • С синдромом Фишера-Эвенса - сочетание ТПП с гемолитической анемией. <p>6) Лечение. 1) Консервативное. 2) Хирургическое (спленэктомия).</p> <p>Показания к хирургическому лечению: безуспешность консервативной терапии при острой форме, при хронической форме в стадии ремиссии (в анамнезе частые и выраженные геморрагии), по жизненным показаниям.</p> <p>7) Патогенетический смысл спленэктомии заключается в ликвидации места разрушения тромбоцитов, увеличении продолжительности жизни, активации тромбоцитопоэза.</p> <p>8) При подготовке больных к оперативному лечению необходимо провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ликвидацию анемии (переливание эритроцитарной массы, отмытых эритроцитов, без антигенной нагрузки, плазмы). • назначить полные дозы ГКС за 5-7 дней до операции • за 1 день до операции и непосредственно с учетом показателей гемостаза производят инфузию тромбоцитарной массы до 3-4 доз и в послеоперационном периоде. 		
--	---	--	--

<p>У ребёнка 1 года мамой замечены опухолевидные образования на волосистой части головы, появились повышенная потливость, приступы профузного пота, выпадение волос, похудание. Участковым педиатром на осмотре выявлены повышение АД до 140 мм рт.ст., приглушение сердечных тонов и систолический шум на верхушке. При пальпации живота обнаружено безболезненное опухолевидное образование размерами 5 x 5 см, локализующееся в верхних отделах левой половины живота, имеющее мелкобугристую поверхность, плотную консистенцию. На волосистой части головы пальпируются 2 плотных опухолевидных образования размерами до 3 см в диаметре.</p> <p>Задания:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Какое заболевание можно предполагать у данного ребёнка (указать диагноз и стадию)? 2. Как Вы расцениваете наличие опухолей на голове? 3. Как следует трактовать общие симптомы? 	<p>Диагноз: нейробластома ЗП слева, стадия IVS. Как метастаз Смита. Как симптомы катехоламиновой интоксикации.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>
<p>Больной С., 12 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, макрогематурию, прерывистое мочеиспускание. Объективно: состояние тяжелое. Со стороны внутренних органов без особенностей. Живот мягкий,</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Камень мочевого пузыря. 2) Экскреторная урография, цистография, цистоскопия. 3) Оперативное лечение 	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

	<p>умеренной болезненности при пальпации над лоном. При мочеиспускании определяется симптом закладывания струи мочи. Анализ крови без патологии. В анализе мочи свежие эритроциты в большом количестве, белок до 100%, соли оксалаты +++.</p> <p>1. Ваш предположительный диагноз</p> <p>2. Какие методы обследования необходимо использовать?</p> <p>3. Ваша тактика.</p>			
	<p>На прием к детскому торакальному хирургу обратилась мать с 4-х летним сыном с жалобами на деформацию грудной клетки. Со слов матери, деформация замечена с 6-месячного возраста. Мальчик в своем развитии от сверстников не отставал. С возрастом ребенка деформация прогрессировала, и мать обратилась за помощью к педиатру в поликлинику, который направил ребенка к детскому хирургу.</p> <p>Объективно. Состояние ребенка удовлетворительное, на осмотр реагирует адекватно, активен. Телосложение правильное, mт=20 кг, lт=110 см. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Перкуторно звук ясный легочный, притуплений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических</p>	<p>1. Воронкообразная деформация грудной клетки, симметричная форма.</p> <p>2. Рентгенография грудной клетки в прямой и боковой проекциях с подсчетом индекса Гижицкой.</p> <p>3. Оперативное – торакопластика.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>шумов нет. ЧСС 95 уд./мин. Левая граница относительной сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Мочеиспускание свободное.</p> <p>Местно. Хрящевые отделы III-VII ребер и н/3 грудины западают, наклон ребер одинаковый с обеих сторон, межреберные промежутки широкие. Экскурсия грудной клетки снижена.</p> <p>Задание:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? 3. Какое лечение показано данному ребенку? 			
<p>На прием к педиатру обратилась мать с 5-ти летним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. При осмотре, выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в пределах нормы. Селезенка + 5 см из под реберной дуги. Ребенок второй в семье, доношенный. После родов в течении 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной</p>	<p>Внепеченочный блок портального кровообращения на фоне кавернозной трансформации воротной вены, синдром портальной гипертензии, декомпенсированная стадия, пищеводно-желудочное кровотечение, геморрагический шок 2 степени, постгеморрагическая анемия 2-3 степени.</p> <p>2. Диагноз поставлен на основании наличия рвоты с кровью, мелены, нарушений центральной гемодинамики (кровотечение из ЖКТ, шок), признаков спленомегалии, наличия деформации воротной вены.</p> <p>3. Врожденная аномалия</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, страдает метеоризмом. При осмотре выявлена увеличенная селезенка. Ребенок находился под наблюдением.</p> <p>Семейный анамнез: родители здоровы.</p> <p>Общий анализ крови: Ни 75 г/л. Эр 2,0* 10 п , ЦП 0,9, Лецкоц.4,5*10 9, п/я 3%, с/я 60%, Э - 3%, Л - 2 J %, м - 7%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p>Облит анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН- 6,0, уд. вес - 1018, белок - нет, Лецкоциты - 2-3 в п/з, Эр - нет.</p> <p>Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины: сti - 4%, аг - 12%, (В - 14%,у - 18%, щелочная фосфатаза - 70 ед/л, АЛАТ -0,15 ед, АсАТ- 0,2 ед., амилаза 30 ед, Тимоловая проба - 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л - прямой.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены множество мелких сосудов разного калибра.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Поставьте диагноз. 2. Обоснование диагноза 3. Что явилось причиной данной патологии? 4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм. 	<p>воротной вены</p> <p>4. При поступлении – оценить состояние ребенка с целью выявления признаков шока. При наличии признаков шока – потивошоковые мероприятия с одновременной диагностикой источника кровотечения (ФГС), гемостатической терапией.</p> <p>5. Консервативная гемостатическая терапия, коррекция гомеостаза, плановая операция. Наличие кровотечения является показанием к оперативному лечению (декомпенсация) – системному портокавальному шунтированию. Показанием к экстренной перации является неэффективность консервативной гемостатической теапии в течении 12-24 часов (признаки продолжающегося и (или) рецидивирующего интенсивного кровотечения).</p> <p>6. При выявлении спленомегалии необходимо обследование с целью дифференциальной диагностики.</p>		
---	---	--	--

<p>5. Составьте план лечения ребенка. 6. Правильна ли тактика врача-педиатра?</p>			
<p>На прием обратился ребенок 3 лет с жалобами на увеличение живота, периодическую слабость, изменения в анализах крови (стойкое снижение гемоглобина). Анамнез: ребенок болен с рождения, постоянно получает лечение у педиатра по поводу анемии (препараты железа) – без эффекта. В последние несколько отмечено увеличение живота. Стул регулярный, без изменений. Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, родился в 36 недель в тяжелом состоянии. Находился в течение недели после рождения в реанимационном отделении, проводилась интенсивная терапия. Привит по возрасту. Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, бронхит. Гепатитом не болел. Объективно: состояние средней тяжести. Активный, контактный. Телосложение обычное, питание несколько снижено. Кожа, видимые слизистые чистые, бледноватые, губы бледно розовые. Периферические л/у не увеличены. В легких хрипов нет, сердечные тоны ритмичные, пульс 88 уд в мин. Живот увеличен в объеме, брюшная стенка несколько атоничная. Глубокая пальпация не затруднена, болезненности</p>	<p>1. Внечепеченочный блок портального кровообращения, синдром портальной гипертензии на фоне тромбоза воротной вены, компенсированная стадия. 2. ВБПК, заболевания крови (наследственная апластическая анемия), гемолитическая анемия. 3. Катетеризация пупочной вены. 4. При обследовании ребенка необходимо: УЗИ органов брюшной полости, доплерография сосудов порто-печеночного региона, спленопортография, ФГС, исследование системы гемостаза, (стерильная пункция в исключительных случаях). 5. В данной ситуации, учитывая степень гиперспленизма (и как следствие анемию 3 ст) показано оперативное лечение – порто-системное шунтирование. 6. Необходимо было провести клиническое обследование с целью выявления причины анемии. Выполнение УЗИ явилось бы значимым для своевременной постановки диагноза.</p>	<p>ТК, ГИА</p>	<p>УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12</p>

<p>нет. Печень под краем реберной дуги, б/б. Селезенка увеличена (+5 см от края реберной дуги), уплотнена, б/б. Симптомов раздражения брюшины нет.</p> <p>В анализах крови: Нв 65 г/л, эр $2,0 \cdot 10^{12}/л$, ЦП 0,89, лейкоциты $3,2 \cdot 10^9/л$, п/я 2, с/я 68, лф 24, мон 6, СОЭ 12 мм/час. В биохимическом анализе крови – без патологии.</p> <p>Задание</p> <ol style="list-style-type: none">1. Поставьте предположительный диагноз.2. Составьте дифференциальный диагностический ряд.3. Что могло явиться причиной данной патологии?4. Составьте дифференциально-диагностический алгоритм.5. Составьте план лечения ребенка.6. Правильна ли тактика врача-педиатра?			
--	--	--	--