



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета

Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Детская хирургия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.02 Педиатрия
Квалификация	Врач-педиатр
Форма обучения	Очная

РЯЗАНЬ, 2023

Разработчик (и): кафедра детской хирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.Е. Соловьев	Д-р мед. наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав.кафедрой детской хирургии
В.Н. Шатский	К.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры детской хирургии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В. Федосеев	Д-р мед. наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав.кафедрой общей хирургии
О.А. Ларькин		ГБУ РО «ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой» Минздрава России	зав.отделением детской хирургии главный внештатный детский хирург Рязанской области

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Педиатрия
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
Примеры заданий в тестовой форме**

Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста

Наиболее характерными изменениями картины крови при криптогенном перитоните является:

- а. умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез.
- б. гиперлейкоцитоз, нейтрофилез.
- в. лейкопения .
- г. отсутствие изменений.

Ответ: б

Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- а. локальная боль, температура и рвота.
- б. активное напряжение мышц брюшной стенки и рвота .
- в. пассивное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- г. симптом Ортнера и рвота;

Ответ: в

Выделение темной крови со стулом является поводом для проведения дифференциального диагноза между:

- а) портальной гипертензией
- б) дивертикулом Меккеля
- в) полипом прямой кишки
- г) гастродуоденитом
- д) болезнью Гиршпрунга
- е) язвой желудка

Ответ: а, б, е

Сочетание периодических болей в животе и выделения темно-вишневой крови во время дефекации является симптомами

- а) портальной гипертензией
- б) дивертикула Меккеля
- в) полипа прямой кишки
- г) гастродуоденита
- д) болезни Гиршпрунга
- е) язвы желудка

Ответ: б.

Черная окраска стула (мелена), рвота «кофейной гущей» – являются симптомами

- а) портальной гипертензией
- б) дивертикула Меккеля
- в) полипа прямой кишки
- г) гастродуоденита
- д) болезни Гиршпрунга
- е) язвы желудка

Ответ: а, е.

При кровотечении из желудочно-кишечного тракта необходимо провести клиническое обследование:

- а) пальпацию живота
- б) перкуссию живота
- в) ректальное исследование
- г) аускультацию перистальтики ЖКТ

Ответ: а, в.

Хирургическая инфекция у детей

У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к увеличению площади поражения. Наиболее вероятный диагноз:

- А) фурункул
- Б) карбункул
- В) флегмона
- Г) рожистое воспаление

Ответ: г

У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

- А) для фурункулеза
- Б) для рожистого воспаления
- В) для флегмоны
- Г) для псевдофурункулеза

Ответ: а

У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункулез
- Б) псевдофурункулез
- В) абсцесс подкожной клетчатки
- Г) флегмона

Ответ: б

У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункулез
- Б) псевдофурункулез
- В) флегмона подкожной клетчатки
- Г) абсцесс

Ответ: в.

У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункул
- Б) карбункул
- В) флегмона
- Г) абсцесс

Ответ: б

Плановая хирургия, урология

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а тошнота и рвота;
- б подъем температуры;
- в эластическое выпячивание в паховой области;
- г боли в животе;
- д плохой аппетит.

Ответ: в

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ПАХОВО-МОШОНОЧНОЙ ГРЫЖИ ЧАЩЕ ПРИХОДИТСЯ ПРОВОДИТЬ С:

- а орхитом;
- б водянкой оболочек яичка;
- в варикоцеле;
- г перекрутом гидатиды;
- д орхоэпидидимитом.

Ответ: б

СООБЩАЮЩАЯСЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО 1.5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА:

- а повышенным внутрибрюшным давлением;
- б ангиодисплазией;
- в травмой пахово-мошоночной области;
- г незаращением вагинального отростка;
- д инфекцией мочевыводящих путей.

Ответ: г

ДЛЯ ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ ВОДЯНКИ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а появление припухлости в одной половине мошонки;
- б ухудшение общего состояния;
- в подъем температуры;
- г резкая болезненность;
- д гиперемия мошонки.

Ответ: а

ПОЛНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ К:

- а 28-32-й неделям внутриутробной жизни;
- б рождению;
- г 2-3-м годам;
- д сразу после рождения.

Ответ: в.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а гормональный дисбаланс;
- б ангиодисплазия;
- в незаращение вагинального отростка брюшины;
- г специфический процесс;
- д патология мочевыделительной системы.

Ответ: в.

НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- а порок развития сосудов пуповины;
- б незаращение апоневроза пупочного кольца;
- в воспаление пупочных сосудов;
- г портальная гипертензия;
- д родовая травма.

Ответ: б

ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИМЕНЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ ПУПОЧНОЙ ГРЫЖИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а расширение пупочного кольца;
- б в покое легко вправляется;
- в частое ущемление;
- г в покое трудно вправляется;
- д выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

Ответ: в.

Онкология детского возраста

Наиболее характерный возрастной период для остеогенной саркомы:

- 1. от 0 до 5 лет;
- 2. от 6 до 11 лет;
- 3. от 12 до 20 лет;
- 4. нет правильного ответа;
- 5. у детей не встречается.

Ответ: 3

Наиболее характерными клиническими проявлениями остеогенной саркомы у детей являются:

- 1. боль при ходьбе;
- 2. "ночные боли";
- 3. повышение температуры тела;
- 4. парестезии в конечностях;
- 5. все ответы верны.

Ответ: 2

Типичной локализацией остеогенной саркомы является:

- 1. диафиз трубчатой кости;
- 2. метаэпифизарная зона кости;
- 3. плоские кости;
- 4. эпифиз плечевой кости;
- 5. правильного ответа нет.

Ответ: 2

Остеогенная саркома метастазирует в:

- 1. паховые лимфатические узлы;
- 2. плоские кости;
- 3. легкие;
- 4. кости;
- 5. мозг.

Ответ: 3

Наиболее характерными рентгенологическими признаками при остеогенной саркоме являются:

1. слоистый периостит;
2. "козырек Кодмена";
3. спикулы;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

Ответ: 5

Больной 12 лет; диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза большеберцовой кости. Уровень ампутации:

1. На границе верхней и средней трети большеберцовой кости.
2. На границе средней и нижней трети бедра.
3. Экзартикуляцию в коленном суставе.
4. Требуется уточнить состояние пациента.
5. Нет правильного ответа.

Ответ: 2

Торакальная хирургия

ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

- а нижняя доля справа;
- б верхняя доля слева;
- в нижняя доля слева;
- г верхняя доля справа;
- д средняя доля правого легкого.

Ответ: б

К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ВНУТРИГРУДНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ОТНОСЯТСЯ

- а врожденная долевая эмфизема
- б агенезия легкого
- в секвестрация легкого
- г бронхоэктатическая болезнь
- д поликистоз легкого
- е спонтанный пневмоторакс

Ответ: а,д

ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

- а отсутствие дыхания на больной стороне
- б смещение средостения в здоровую сторону
- в перкуторно коробочный звук на больной стороне
- г перкуторно притупление звука на больной стороне
- д средостение не смещено

Ответ: а,б,в.

К СМЕЩЕНИЮ СРЕДОСТЕНИЯ В БОЛЬНУЮ СТОРОНУ ПРИВОДЯТ

- а пневморакс
- б агенезия легкого
- в ателектаз легкого
- г аплазия легкого
- д секвестрация легкого

Ответ: б,в,г.

ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

- а сухой кашель
- б влажный кашель
- в интоксикация
- г частые пневмонии

Ответ: б,в,г

ДЛЯ НАПРЯЖЕННОЙ ВОЗДУШНОЙ КИСТЫ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- а Ослабление дыхания на стороне поражения
- б Наличие при перкуссии легочного звука с коробочным оттенком
- в Смещение средостения в противоположную сторону
- г Стойкая гипертермия
- д Перегрузки камер сердца
- е Легочная гипертензия

Ответ: а,б,в.

Хирургия новорожденных

К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:

- А) узкий длинный в шейном отделе
- Б) короткий широкий на уровне первых грудных позвонков
- В) короткий узкий
- Г) длинный широкий

Ответ: б

Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

- А) кормление сопровождается кашлем
- Б) приступы цианоза во время кормления
- В) пенистые выделения изо рта
- Г) кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз

Ответ: в.

Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:

- А) эзофагоскопия
- Б) трахеобронхоскопия
- В) проба с метиленовой синькой
- Г) трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод

Ответ: г

Клинические симптомы пилоростеноза обычно проявляются:

- А) в первые дни после рождения
- Б) на второй неделе жизни
- В) на третьей неделе жизни
- Г) на четвертой неделе жизни

Ответ: в.

Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

- А) склонность к запорам
- Б) желтуха
- В) рвота «фонтаном»
- Г) жажда

Ответ: в.

Масса тела при пилоростенозе характеризуется:

- А) малой прибавкой
- Б) возрастным дефицитом
- В) прогрессирующим снижением
- Г) неравномерной прибавкой

Ответ: б

Абдоминальная хирургия

РАННЯЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

а обтурационной

б странгуляционной

Ответ: а

ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а острое внезапное начало
- б периодическое резкое беспокойство
- в застойная рвота
- г рефлекторная рвота
- д живот болезненный напряженный
- е стула нет, ампула ректум пустая
- ж выделение крови из прямой кишки
- з перистальтика не выслушивается

Ответ: в, е

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а острое внезапное начало
- б периодическое резкое беспокойство
- в застойная рвота
- г рефлекторная рвота
- д живот болезненный напряженный
- е стула нет, ампула ректум пустая
- ж выделение крови из прямой кишки
- з перистальтика не выслушивается

Ответ: а,б,г,д,ж.

ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

а застойная рвота

б периодическое вздутие живота, хронические запоры

в постоянное вздутие живота

г самостоятельный стул только летом

д отсутствие перистальтики

е – стул только после клизмы

Ответ: б, е

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНЫ С

- а мегадолихосигмой, мегаректум
- б вторичным мегаколон
- в нейроанальной интестинальной дисплазией
- г спаечной непроходимостью
- д алиментарным фактором
- е дисбактериозом кишечника
- ж болезнью Гиршпрунга
- з полипом слизистой толстой кишки
- и болезнью Крона

Ответ: а, б, в, д, е, ж, з.

Для стандартизированного контроля (тестовые задания с эталоном ответа):

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры контрольных вопросов для собеседования

Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста

История развития детской хирургии. Особенности детской хирургии. Обследование ребенка с хирургической патологией.

Острый аппендицит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, особенности диагностики у детей раннего возраста, тактика, лечение.

Аппендикулярный инфильтрат и абсцесс. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Аппендикулярный перитонит. Классификация. Клиническая картина, диагностика. Методы лечения.

Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика врача-педиатра, лечение.

Кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения

Хирургическая инфекция у детей

Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага, понятие о реактивности макроорганизма и формировании иммунного ответа.

Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы комплексной детоксикационной терапии. Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Абсцедирующий лимфаденит. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп. Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Бактериальная деструкция легких. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Омфалит, гнойный мастит, некротическая флегмона, адипозонекроз у новорожденных. Пиодермии, псевдофурункулез Фингера, паронихий у детей раннего возраста Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Плановая хирургия, урология

Паховая грыжа, водянка оболочек яичка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.

Пороки развития и заболевания передней брюшной стенки. Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, вентральная грыжа. Аномалии желточного протока. Гастрошизис, омфалоцеле.

Рубцовый фимоз, физиологическое сужение крайней плоти, парафимоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.

Гипоспадия. Эписпадия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.

Методика обследования урологических больных. Роль современных методов исследования: УЗИ, экскреторная урография, цистография, ангиография, радиоизотопное исследование, функциональные методы обследования.

Программа обследования урологических больных. Этиология, патогенез пороков развития почек и нижних мочевыводящих путей. Классификация. Клиника и диагностика .

Онкология детского возраста

Особенности онкологии детского возраста. Частота встречаемости различных новообразований, особенности клинического течения, диагностики и современных методов лечения, реабилитация, диспансерное наблюдение. Гемангиома, лимфангиома.

Злокачественные опухоли костей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, рентггениягностика, дифдиагностика, принципы лечения и реабилитации.

Торакальная хирургия

Торакальная хирургия

Пороки развития легких. Агенезия, аплазия, гипоплазия. Врожденная долевая эмфизема. Бронхоэктазии.

Гастроэзофагеальный рефлюкс. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Диафрагмальные грыжи.

Химические ожоги пищевода. Рубцовые сужения пищевода. Инородные тела желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей

Клиническая картина, диагностика, тактика. Методы лечения.

Пороки развития желчевыводящих путей. Атрезия желчевыводящих путей, киста холедоха. Клиника, диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения.

Заболевания поджелудочной железы. Острый панкреатит. Кисты поджелудочной железы.

Травматические повреждения поджелудочной железы.

Хирургия новорожденных.

Врожденная кишечная непроходимость.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения

Синдром “рвоты молоком” у детей грудного возраста. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача педиатра и алгоритм

действия на различных этапах лечения у детей с врожденным пилоростенозом, псевдопилоростенозом, пилороспазмом.

Заболевания и пороки развития пищевода. Атрезия, трахео-пищеводный свищ. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения.

Пороки развития легких. Врожденная кистозно-аденоматозная мальформация, врожденная долевая эмфизема, напряженная киста легкого, секвестрация легкого. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения. Алгоритм обследования и лечения.

Аноректальные пороки развития. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения.

Абдоминальная хирургия

Синдром «боли в животе»

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения у детей с заболеваниями, проявляющимися болью в животе (о.аппендицит, мезаденит, кишечная непроходимость). Алгоритм обследования и лечения.

Синдром «пальпируемой опухоли»

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения у детей с: кистой общего желчного протока, энтерокистозом, кистой яичника. Алгоритм обследования и лечения.

Хронические запоры у детей

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения при: болезни Гиршпрунга, мегаколон, спастическом колите. Алгоритм обследования и лечения.

Поликлиника. Консультативно-диагностический прием. Диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки,

неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач

Неотложная хирургия

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 3 лет с диагнозом – острый аппендицит. Температура 38,8°, одышка. Язык влажный, живот умеренно вздут, болезненный в правой половине, явления раздражения брюшины в правой подвздошной области нечеткие. Аускультативно справа, начиная от III ребра книзу, дыхание ослаблено, притупление перкуторного звука. Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

В данном случае необходимо дифференцировать острый аппендицит с правосторонней острой гнойной деструктивной пневмонией, не исключены плевральные осложнения. Необходима рентгенография органов грудной клетки, при подозрении на наличие плеврита – плевральная пункция, динамическое наблюдение, ректальное обследование.

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок с диагнозом – острый аппендицит, с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, двукратную рвоту. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, нечеткие явления раздражения брюшины, болезненность при пальпации правой поясничной области. Анализ крови без особенностей, в анализе мочи – гематурия. Каковы особенности дифференциальной диагностики, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Следует дифференцировать острый аппендицит с мочекаменной болезнью. Показано рентгеноурологическое исследование: обзорная урография, выделительная урография. При выявлении уролитиаза для снятия приступа почечной колики следует ввести промедол, спазмолитики, назначить общую теплую ванну, блокаду семенного канатика, при небольших размерах камней – спазмолитические и мочегонные средства на фоне повышенной водной нагрузки. Крупные камни удаляют оперативным путем. При исключении урологической патологии и нарастании аппендикулярных симптомов в процессе динамического наблюдения показана аппендэктомия.

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 10 лет с диагнозом – острый аппендицит. Жалуется на боли в правой подвздошной области. Подобные приступы болей повторяются у ребенка неоднократно, иногда сопровождались подъемами температуры до 38°. При поступлении температура 37,8°, пульс 88 в минуту, живот не вздут, мягкий, при пальпации в правой подвздошной области пальпируется подвижное, умеренно болезненное опухолевидное образование размером 12 x 6 x 6 см. В анализе крови лейкоцитоз до 10000, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В моче большое количество лейкоцитов (пиурия). Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Необходимо дифференцировать аппендикулярный инфильтрат с урологической патологией – правосторонним пионефрозом. Необходимо динамическое наблюдение, рентгеноурологическое исследование, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. При подтверждении диагноза пионефроза показана пиелостомия или нефрэктомия.

Задача

Девочка 6 лет направлена в клинику с диагнозом – острый аппендицит на 2-е сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое: температура 37,5?, жалуется на резкие боли в животе, язык сухой, обложен, живот не вздут, напряжен в правой подвздошной области и внизу, положительный симптом Щеткина. В крови лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево. При ректальном исследовании по средней линии определяется тестоватой консистенции образование округлой формы размером 8 x 6 x 6 см, резко болезненное при пальпации. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Перекрыт кисты яичника. Показана экстренная операция – удаление кисты.

Задача

В клинику доставлен ребенок 6 лет с подозрением на острый аппендицит. Болен сутки, дважды была рвота. Температура 37,2?. Общее состояние удовлетворительное, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки и в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В анализах крови и мочи патологии не выявлено. У ребенка не было стула в течение 3 суток. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Копростаз, следует поставить очистительную клизму.

Хирургическая инфекция у детей**Задача**

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9?. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Острый остеомиелит левой подвздошной кости с образованием межмышечной флегмоны. Необходимо вскрытие и дренирование флегмоны.

Задача

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40?, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз

27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час. Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Показана костномозговая пункция, измерение внутрикостного давления, цитологическое и бактериологическое исследование пунктата, показана также контрастная медуллография. При подтверждении диагноза необходимо произвести щадящую остеоперфорацию, промывание костномозгового канала антибиотиками и его дренирование.

Задача

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

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Эталон ответа:

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

Задача

К Вам обратились родители ребенка 28 дней с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, последняя свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребенка болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Эталон ответа:

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

Задача

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

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Эталон ответа:

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

Плановая хирургия, урология

Задача

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка. С каким видом грыжи вы встретились, каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

Эталон ответа:

В данном случае имеет место скользящая грыжа. Следует выделить грыжевой мешок из окружающих тканей, прошить его изнутри выше купола соскальзывающей слепой кишки, погрузить ее в брюшинную полость и произвести пластику стенки пахового канала.

Задача

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа. О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае, какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

Эталон ответа:

У ребенка повреждена стенка мочевого пузыря. Убедиться в этом можно путем введения раствора метиленовой сини или фурацилина в мочевой пузырь через уретральный катетер или просто определением наличия катетера в полости вскрытого органа. Необходимо ушить рану в стенке мочевого пузыря, найти и выделить грыжевой мешок, закончив операцию пластикой стенки пахового канала.

Задача

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней. Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

Эталон ответа:

Следует думать, что при пластике стенки пахового канала прошита и перевязана бедренная вена. Необходима ревизия операционной раны, освобождение бедренной вены путем пересечения лигатуры и повторная пластика стенки пахового канала.

Задача

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно. О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

Следует думать о врожденной дистопии устья мочеточника в уретру, преддверие влагалища или во влагалище. Наиболее часто этот порок развития имеет место при полном удвоении почки и мочеточника. Диагноз уточняется после экскреторной урографии, хромоцистоскопии. Лечение оперативное: в случае удвоения –

геминефруретерэктомия, при дистопии мочеточника гипоплазированной почки – нефруретерэктомия, при хорошо развитой почке – пересадка дистопированного мочеточника по антирефлюксной методике в мочевой пузырь.

Задача

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Показана лапаротомия, ушивание стенки мочевого пузыря.

Онкология детского возраста

Задача

К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевое образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см.

Температура тела нормальная. Анализ крови: Hb 96 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 56 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Эталон ответа:

Диагноз: подозрение на злокачественную опухоль кости. Показаны рентгенография бедренной кости и органов грудной клетки, биопсия опухоли. В план лечения включают химиотерапию, радикальную хирургическую операцию в условиях специализированного стационара.

Задача

К участковому врачу за советом обратились родители девочки 13 лет. У ребёнка в правой лопаточной области определяется невус 4 мм в диаметре, тёмной окраски, с ровными краями, возвышающийся над кожей. На поверхности невуса заметна присохшая корка тёмного цвета. Из-за постоянной травматизации одеждой невус периодически кровоточит. На коже спины ребёнка определяются ещё три аналогичных образования: два в поясничной области и одно в левой лопаточной области.

Родители задают вопрос: как следует поступать с данной «родинкой»? Если её «тронуть» (удалить), не приведёт ли это к раку? Если всё же удалять, отдать предпочтение иссечению скальпелем или криолазерной хирургии?

Эталон ответа:

Показано радикальное удаление скальпелем в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

Задача

Вы, участковый педиатр, вызваны к ребёнку 1,5 лет по поводу высокой температуры тела. Родители также пожаловались на асимметрию живота ребёнка, случайно обнаруженную ими. При осмотре: лихорадка до 38 °С, нос заложен, гиперемия ротоглотки. При аускультации грудной клетки дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. При пальпации живота в его левой половине выявлено объёмное образование плотно-эластической консистенции, мало смещаемое, с ровными контурами. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Ваш предположительный диагноз, план обследования? Какова тактика участкового врача?

Эталон ответа:

Диагноз: синдром пальпируемой опухоли. Возможны нефробластома, нейробластома, саркома мягких тканей, тератома, гидронефроз. Показаны УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, радиоизотопное исследование. Дальнейшее обследование и лечение зависят от первичного диагноза.

Задача

В отделение областной детской больницы поступил ребёнок 5 мес, у которого случайной находкой при УЗИ стала опухоль левой почки. После обследования (УЗИ, экскреторная урография, рентгенография органов грудной клетки) установлен диагноз: нефробластома слева, I стадия.

Ваша тактика?

Эталон ответа:

Показана нефроретерэктомия из срединного лапаротомного доступа.

Задача

При очередном осмотре педиатром в 7 мес у ребёнка выявлены недостаточная прибавка массы тела, сниженный аппетит, нижняя апертура грудной клетки развёрнута, больше слева. При пальпации живота педиатр выявил образование, исходящее из левого забрюшинного пространства, плотное, несмещаемое, с ровными контурами. Родители ребёнка сообщили, что за последние 2–3 нед у ребёнка периодически возникает потливость, температура тела повышается до 37,2–37,5 °С, при этом заложенности носа, чиханья и кашля не было, ребёнок периодически становится возбуждённым, бывает разжиженный стул. При измерении АД получены цифры 110/75 мм рт.ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова должна быть тактика участкового педиатра в отношении данного больного? Составьте план обследования больного.

Эталон ответа:

Диагноз: подозрение на опухоль забрюшинного пространства, нейробластома. Показана срочная госпитализация в онкологическое отделение с последующим обследованием: УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография лёгких, анализ мочи на катехоламины, рутинные анализы крови, костномозговая пункция, биопсия и удаление опухоли.

Торакальная хирургия

Задача

У ребенка 4 лет с подозрением на пиоторакс при диагностической пункции получено 200,0 мл мутного выпота, вслед за которым обильно выделяется воздух. Какой должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа:

Показано дренирование плевральной полости.

Задача

В клинику доставлен ребенок 3 лет из соматического отделения, где он находился на протяжении недели по поводу левосторонней пневмонии. Три часа назад состояние ребенка резко ухудшилось, усилилась одышка, цианоз, тахикардия. На рентгенограмме слева от II ребра книзу затемнение с горизонтальным уровнем, органы средостения резко смещены вправо. Явления дыхательной недостаточности катастрофически прогрессируют. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Напряженный пиопневмоторакс. Показано немедленное дренирование плевральной полости.

Задача

У ребенка 5 лет, находившегося на лечении по поводу инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии справа, после периода относительного улучшения, нормализации температуры вновь появились гектического характера температура, кашель с обильной мокротой, особенно по утрам. При аускультации справа под лопаткой выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы. Ваш диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Можно думать об образовании абсцесса легкого. Диагноз уточняется при рентгенографии в прямой и боковой проекциях, полипозиционной рентгеноскопии. Метод лечения выбирается исходя из размеров абсцесса, его расположения в легком и степени дренирования через бронх. В связи с этим лечение может быть консервативным, возможно дренирование через бронхоскоп, бронхоскопическая санация абсцесса, пневмоабсцессотомия, удаление сегментов легкого или лобэктомия.

Задача

Ребенок 6 лет жалуется на рвоту во время еды и после нее неизменной пищей, дисфагию. О каком заболевании следует подумать, план диагностических и лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

Следует подумать об ахалазии пищевода. Необходимо рентгенологическое исследование пищевода с контрастным веществом, эзофагоскопия. При подтверждении диагноза показана кардиодилатация пневмогидрастическим или металлическим кардиодилататором. В случае неэффективности этой манипуляции необходимо выполнить эзофагокардиомиотомию с гастропластикой.

Задача

В клинику доставлен ребенок 7 лет в состоянии алиментарного истощения с выраженными признаками дисфагии: в последний месяц с трудом стала проходить по

пищеводу даже жидкость (молоко, бульон, чай). Из анамнеза выяснено, что в 5-летнем возрасте ребенок случайно выпил один глоток каустической соды. Сформулируйте полный диагноз, план обследования ребенка и хирургическую тактику.

Эталон ответа:

Рубцовое сужение пищевода III степени, алиментарное истощение. Необходимо контрастное рентгенологическое исследование пищевода для установления уровня, протяженности и характера стриктуры. Ребенку необходимо наложить гастростому. В последующем излечения можно достичь либо с помощью позднего бужирования пищевода, либо путем выполнения эзофагопластики.

Хирургия новорожденных

Задача

У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости. Каковы предположительный диагноз и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Врожденная низкая кишечная непроходимость, возможно, атрезия прямой кишки. Необходимо произвести ирригографию для уточнения причины непроходимости и выбора метода оперативного вмешательства. При высокой атрезии и удовлетворительном общем состоянии ребенка показана брюшно-промежностная проктопластика, по Гроссу или Ромуальди. Если состояние ребенка тяжелое, а также при отсутствии опытной бригады хирургов или детского анестезиолога целесообразно наложение колостомы.

Задача

У ребенка 2 суток рвота после каждого кормления и в промежутках между ними створоженным молоком. Ребенок родился в тяжелой белой асфиксии, оживлен. При осмотре состояние тяжелое, вялый, кожные покровы несколько синюшны, тахикардия, резкие судорожные подергивания конечностей. Дважды был меконеальный стул и во время вашего осмотра отошел стул желтого цвета. Живот не вздут, мягкий. Ваш предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?

Эталон ответа:

Наличие у ребенка стула желтого цвета исключает острую врожденную непроходимость кишечника. По-видимому, здесь имеет место рвота вследствие расстройства мозгового кровообращения. Дополнительные исследования хирурга в данном случае не нужны.

Задача

Вы консультируете ребенка 1 года с жалобами на постоянное недержание кала. При осмотре промежности на обычном месте анального отверстия нет; ближе к преддверию влагалища определяется отверстие, пропускающее кончик зажима, из которого постоянно выделяются кал и газы. Живот значительно увеличен в объеме, правильной формы, мягкий. О каких пороках развития и осложнениях их следует думать? Каков должен быть план обследования и лечения?

Эталон ответа:

Следует думать об аноректальном пороке развития – атрезии анального отверстия и прямой кишки со свищем в преддверии влагалища, или дистопии анального отверстия и прямой кишки, вторичном мегаколоне. Необходима ирригография, оперативное лечение – промежностная проктопластика (при низкой атрезии), брюшнопромежностная проктопластика (при высокой атрезии или дистопии).

Задача

У ребенка 1,5-месячного возраста отмечается желтуха, интенсивность которой прогрессивно нарастает. Объективно: кожа и слизистые оболочки ярко-желтого цвета, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, край ее заострен, перкуторно определяется жидкость в отлогих местах живота. В крови резко повышены цифры билирубина в основном за счет прямого. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Следует думать об атрезии желчных ходов, врожденном гепатите, закупорке слизистой пробкой общего желчного протока. Показано введение через рот или через зонд в 12-перстную кишку по 5 мл 25% раствора сульфата магния 3 раза в день в течение 2-3 суток, пункционная биопсия печени, лапароскопия. При выявлении атрезии желчных ходов показано оперативное вмешательство – ревизия наружных желчных ходов. При частичной атрезии наружных желчных ходов – холедоходуоденостомия; при отсутствии наружных желчных ходов – попытка отведения желчи из печени в желудочно-кишечный тракт или формирование наружного желчного свища печени.

Задача

У ребенка, оперированного по поводу пилоростеноза, на 6-е сутки после операции вновь появилась рвота "фонтаном" после каждого кормления. О каких возможных послеоперационных осложнениях можно думать? План диагностических и лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

В данном случае рецидив пилоростеноза, возможно, спаечная непроходимость пилоруса. Необходимо произвести динамическое рентгенологическое исследование. При выявлении нарушения проходимости пилоруса показана релапаротомия, рассечение спаек или повторная пилоротомия.

Абдоминальная хирургия

Задача

В приемное отделение направлен ребенок с диагнозом "опухоль брюшной полости". Ребенку 3 года. Из анамнеза известно, что он с рождения страдает запорами, а с 1,5 лет нет самостоятельного стула, и он оправляется только после клизмы. При осмотре обращает на себя внимание отставание ребенка в физическом развитии, бледность кожных покровов. Живот резко увеличен в объеме, при пальпации в левой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером 15 x 10 x 10 см, округлое, подвижное. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Эталон ответа:

Болезнь Гиршпрунга с образованием каловых камней и скоплением каловых масс в толстой кишке. Целесообразно назначение молочно-растительной диеты, касторового или

вазелинового масла внутрь, ежедневные сифонные клизмы 1% раствором поваренной соли. После ликвидации калового завала – ирригография, уточнение диагноза и формы заболевания, подготовка к наложению разгрузочной колостомы или цекостомы, или к радикальной операции (в зависимости от формы заболевания: компенсированная, субкомпенсированная или декомпенсированная).

Задача

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

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Эталон ответа:

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

Задача

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

Ваш предварительный диагноз, программа обследования и тактика лечения.

Эталон ответа:

Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана госпитализация. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений, сифонная клизма. После очищения кишечника проводится ирригография с водорастворимым контрастным веществом, УЗИ толстой и прямой кишки, биопсия слизистой.

Лечение хирургическое.

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое: на протяжении последних 2 суток рвота, температура 38,8°, стула не было в течение 4 суток. Ребенок бледен, язык сухой, живот резко вздут, тахикардия. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости. О каком осложнении болезни Гиршпрунга следует думать в данном случае? Какова должна быть лечебная тактика?

Эталон ответа:

Следует думать о развитии острой кишечной непроходимости на фоне декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга. Лечение необходимо начать с консервативных мероприятий: сифонные клизмы 1% раствором поваренной соли с предварительным введением в прямую кишку вазелинового масла, постоянный зонд в желудок, двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада, дезинтоксикационная терапия. При отсутствии эффекта показана операция – лапаротомия, наложение колостомы на восходящий отдел толстой кишки или цекостомы.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 8, 9 семестре – зачет, 10 семестре – экзамен

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет – результат промежуточной аттестации за 8, 9 семестр, не являющийся завершающим изучение дисциплины «*Детская хирургия*», оценивается как средний балл, рассчитанный как среднее арифметическое значение за все рубежные контроли семестра (учитываются только положительные результаты).

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут (I).

Экзаменационный билет содержит три вопроса (теоретические и практические)(II).

Критерии выставления оценок (III):

– Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

– Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

– Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины,

неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
«Детская хирургия»**

ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью

Клиника острого аппендицита у детей, особенности клинической картины при атипичном расположении аппендикса и у детей раннего возраста. Дополнительные исследования в диагностике острого аппендицита у детей. Оперативное лечение острого аппендицита у детей, его виды. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей с кишечной коликой, мезаденитом, урологическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями, заболеваниями половой сферы у девочек и мальчиков. Классификация аппендикулярных перитонитов. Клиническая картина различных форм перитонитов. Обследование больных с аппендикулярными перитонитами. Предоперационная подготовка, оперативное лечение. Послеоперационное ведение детей с перитонитами.

Этиопатогенез бактериальной деструктивной пневмонии. Классификация. Клиника, диагностика и лечение плевральных форм (пневмоторакс, пиоторакс, пиопневмоторакс). Клиника, диагностика и лечение лёгочных форм (абсцессы, буллы). Пневмомедиастинум при бактериальной деструктивной пневмонии: клиника, лечение.

Почечная колика у детей: причины, клиническая картина, лечение пациентов. Острая задержка мочи: причины, клиника, лечение пациентов. Травматические повреждения органов мочевыделительной системы: клиника, диагностика, лечение пациентов. Синдром отёчной и гиперемированной мошонки: причины, клиника, диагностика, лечение. Парафимоз, баланопостит: причины, клиническая картина, лечение пациентов

Классификация врождённых диафрагмальных грыж. Клиника, диагностика и лечение диафрагмально-плевральных грыж. Клиника, диагностика и лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика и лечение парастеральных грыж. Клиника, диагностика и лечение френико-перикардальных грыж.

Общие признаки доброкачественных и злокачественных образований брюшной полости и забрюшинного пространства. Объёмные образования брюшной полости при лимфомах у детей: клиника, диагностика. Опухоли полых органов брюшной полости: клиника, осложнения, диагностика. Опухоли печени: клиника, диагностика. Объёмные образования забрюшинного пространства: нефробластома, нейробластома. Этиология, классификация, клиника, дополнительные методы диагностики.

Желтуха у новорождённых: возможные причины. Этиопатогенез атрезии желчевыводящих путей. Классификация, клиническая картина, диагностика и дифф. диагностика, методы оперативного лечения.

Этиология кист желчевыводящих путей у детей. Кисты внутривнутрипечёночных желчных протоков: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Кисты общего желчного протока: клиника, диагностика, виды оперативного лечения.

Этиопатогенез холециститов у детей. Калькулёзные и некалькулёзные холециститы: клиника, диагностика. Показания к холецистэктомии у детей.

Опасность кровотечений из пищеварительного тракта. Общие симптомы кровопотери. Рвота с кровью, стул с кровью: возможные варианты. Характеристика заболеваний, сопровождающихся кровотечением из пищеварительного тракта у детей в различных возрастных группах, особенности их диагностики. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся кровотечениями из пищеварительного тракта

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача

У новорожденного после отпадения пуповины отделяется кишечное содержимое из пупка. О каком пороке развития следует думать в данном случае? Какова должна быть лечебная тактика?

Задача

Вас вызвали на консультацию в роддом к новорожденному ребенку. При осмотре вы выявили отсутствие анального отверстия, в преддверии влагалища имеется свищ, свободно пропускающий катетер диаметром 0,7 см. Через свищ отходят кал и газы. Состояние ребенка вполне удовлетворительное, живот не вздут. Сформулируйте диагноз, лечебную тактику?

Задача

У новорожденного сразу после рождения отмечаются обильные пенистые выделения изо рта и носа. Какой порок развития следует исключить? Как?

Задача

У ребенка сразу после рождения отмечаются периодические приступы дыхательной недостаточности, усиливающиеся после кормления. Обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки за счет выбухания межреберных промежутков слева. Брюшная полость маленькая, живот ладьевидный. О каком заболевании можно думать в данном случае? Ваш план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

У ребенка в первые сутки после рождения нарастают явления дыхательной недостаточности. Роды протекали без осложнений. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, выраженная одышка, цианоз, тахикардия. Перкуторно определяется смещение органов средостения влево; слева – обычный легочный звук, справа – над всем легочным полем тимпанит. При аускультации слева дыхание пуэрильное, справа – резко ослаблено. О каком или каких заболеваниях следует подумать? Какие необходимы дополнительные исследования? Лечебная тактика?

Задача

У новорожденного сразу после рождения (роды без патологии) нарастают явления дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия. Перечислите заболевания

новорожденных, сопровождающиеся синдромом дыхательной недостаточности?
Назначьте оптимальный план обследования.

Задача

При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия предусматривают:

- А) дополнительную остеоперфорацию
- Б) измерение внутрикостного давления
- В) промывание костномозгового канала
- Г) дренирование раны

Задача

При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия предусматривают:

- А) дополнительную остеоперфорацию
- Б) измерение внутрикостного давления
- Г) промывание костномозгового канала
- Д) дренирование раны

Задача

Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в крайне тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивную терапию больной погиб через сутки.

Укажите вариант клинического течения остеомиелита:

- А) септикопиемический
- Б) затяжной
- В) токсический
- Г) обрывной

Задача

У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет обострений не отмечалось. Указанный вариант течения является:

- А) обрывным
- Б) затяжным
- В) хроническим
- Г) септикопиемическим

Задача

У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 месяцев после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме – секвестр.

Указанный вариант течения является:

- А) обрывным
- Б) затяжным
- В) хроническим
- Г) септикопиемическим

Задача

Ребенку в течение 10 месяцев проводилось лечение по поводу острого гематогенного остеомиелита. После последней госпитализации в течение 2 лет обострений не было. Местно изменений нет. Рентгенологически = явления остеоосклероза. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному
- Б) к затяжному
- В) к хроническому
- Г) к септикопиемическому

Задача

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно. О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача

В клинику доставлен ребенок с подозрением на острый аппендицит. Болен около суток; боли носят приступообразный характер, температура 37,3?, неоднократная рвота. Состояние при поступлении удовлетворительное, язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот напряжен, болезненность при пальпации в правой подвздошной области и у пупка, симптом раздражения брюшины неясный. Отмечается геморрагическая сыпь на нижних конечностях и ягодицах.

Каковы особенности дифференциального диагноза у данного ребенка и лечебная тактика?

Задача

В клинику доставлен ребенок 6 лет с подозрением на острый аппендицит. Болен сутки, дважды была рвота. Температура 37,2?. Общее состояние удовлетворительное, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки и в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В анализах крови и мочи патологии не выявлено. У ребенка не было стула в течение 3 суток.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача

Во время операции, предпринятой у больного с острым аппендицитом, из разреза Волковича-Дьяконова вы не можете обнаружить в правой подвздошной области слепую кишку с червеобразным отростком.

При каких вариантах положения слепой кишки можно встретиться с подобной ситуацией и каковы будут ваши действия?

Задача

Вы оперируете девочку с предварительным диагнозом – острый аппендицит из разреза Волковича-Дьяконова: обнаруживаете мало измененный червеобразный отросток и значительное количество геморрагического выпота в малом тазу. С чем вы встретились в данном случае и каковы ваши дальнейшие действия?

Задача

При операции по поводу острого аппендицита, предпринятой вами при наличии четкой клинической картины, вы обнаружили нерезко гиперемированный отросток и значительное количество мутного выпота в брюшинной полости. О чем это может свидетельствовать и каковы ваши дальнейшие действия?

Задача

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили плотно замурованный в спайках червеобразный отросток и только основание его свободно. Какой метод выделения отростка наиболее целесообразно применить в данном случае?

Задача

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили в брюшной полости инфильтрат. Попытка выделения отростка из инфильтрата угрожает повреждением стенок кишечника.

Какова должна быть тактика хирурга в данном случае?

Задача

При операции по поводу острого аппендицита оказалось, что слепая кишка не выводится в рану, при осмотре *in situ* в илеоцекальном углу червеобразный отросток отсутствует.

Какое расположение отростка можно предположить в данном случае? Назовите наиболее рациональный метод его поиска, выделения и удаления?

Задача

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40°, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час.

Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм Hg, живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогих частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Задача

При операции по поводу закрытой травмы живота у ребенка 8 лет повреждений паренхиматозных и полых органов не обнаружено. Однако в брюшной полости обильный геморрагический выпот, на брыжейке и сальнике множественные пятна стеаринового некроза.

О повреждении какого органа следует подумать, какова должна быть дальнейшая тактика хирурга?

Задача

У ребенка 1,5-месячного возраста отмечается желтуха, интенсивность которой прогрессивно нарастает. Объективно: кожа и слизистые оболочки ярко-желтого цвета, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, край ее заострен, перкуторно определяется жидкость в отлогах местах живота. В крови резко повышены цифры билирубина в основном за счет прямого. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка. С каким видом грыжи вы встретились, каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

Задача

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа. О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае, какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

Задача

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней. Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

Задача

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости. Какое осложнение возникло у ребенка, каковы, предположительно, могут быть его причины, лечебная тактика?

Задача

Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография органов грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевое

образование в верхних отделах заднего средостения справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника.

Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.

Задача

В приёмное отделение детской клинической больницы поступил 7-летний ребёнок с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3 дней, субфебрильную температуру тела в течение недели. При сборе анамнеза заболевания установлено, что больной ослаблен в течение последних 3 нед, снижен аппетит, стул 2–3 раза в день, разжижен. При осмотре обращают на себя внимание астенизация, бледность и сухость кожных покровов, при пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины сомнительны, в экспресс-анализе крови: лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч. В связи с подозрением на острый аппендицит больной взят в операционную, проведена лапароскопия. При ревизии выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4×6 см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2–3 см мезентериальные лимфатические узлы.

Каково ваше заключение по данному случаю? План обследования и лечения?

Задача

Больная 14 лет обратилась с жалобами на боли в течение 2 мес в правой подвздошной области, возникающие как при ходьбе, так и в покое. Вечером отмечает подъёмы температуры тела до субфебрильных цифр. Стул регулярный, аппетит снижен. Больная несколько похудела (дефицит массы тела 5% за 2 мес).

При осмотре состояние больной средней тяжести, она бледная, астенизирована, язык обложен белым налётом, в правой подвздошной области пальпация умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. При бимануальном исследовании выявлено опухолевое образование в правой подвздошной области, мягко-эластической консистенции, размерами 4×5 см, умеренно болезненное, подвижное. В клиническом анализе крови лейкоциты $7,5 \times 10^9/\text{л}$, Нв 112 г/л, СОЭ 14 мм/ч, лейкоцитарная формула с нейтрофильным сдвигом влево. Пациентке проведено УЗИ: в правой подвздошной области выявлено образование в тонкой капсуле размерами 34×50×47 мм. Больной был поставлен диагноз аппендикулярного инфильтрата, были назначены покой, антибактериальная терапия, электрофорез на правую подвздошную область. Через 7 дней состояние больной ухудшилось — появились отчётливые боли в правой подвздошной области, опухоль стала пальпироваться через брюшную стенку, по УЗИ размеры её значительно увеличились: 60×125×80 мм, опухоль в капсуле, смещает матку влево, связи с правой почкой нет.

Какой диагноз следует предположить? Какие дополнительные исследования необходимо провести? Тактика лечения?

Задача

На диспансерном профилактическом осмотре у 13-летнего подростка выявлено пигментное образование в правой паховой области размерами 4×2 см с размытыми контурами, плотное, с глянцевой поверхностью тёмно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи. Со слов пациента, пигментное пятно не беспокоило его длительное время, однако последние 2 мес отмечено его увеличение в размерах, изменился его цвет (пятно стало более тёмным), оно стало асимметричным.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача

Больной 11 лет доставлен в приёмное отделение хирургической клиники машиной скорой помощи с направляющим диагнозом «Синдром отёчной мошонки». Самочувствие больного не страдает, жалобы на умеренные боли в правом яичке, увеличение его в размерах в течение 2 нед. Травму паховой области ребёнок отрицает, температура тела нормальная. При осмотре правая половина мошонки увеличена в размерах, пальпируется увеличенное до 5×3 см плотное, умеренно болезненное яичко, придаток яичка не изменён. При диафаноскопии увеличенное яичко свет не пропускает. При сборе анамнеза жизни установлено, что ранее больной страдал острым лейкозом, противоопухолевое лечение завершено 3 года назад.

Каков ваш предположительный диагноз? Какова должна быть тактика дежурного хирурга?

Задача

При плановом УЗИ беременной на сроке 34 нед выявлены избыток амниотической жидкости, у верхнего полюса правой почки плода — гипоехогенное опухолевое образование размерами 52×36 мм. После экстренного консилиума в родильном доме в связи с выявленной патологией у плода женщине было проведено кесарево сечение.

Из полости матки извлечён ребёнок мужского пола с массой тела 2900 г, длиной тела 49 см, оценка по шкале Апгар 7–8 баллов. Живот увеличен в размерах, справа пальпируется плотная опухоль. Выявлена артериальная гипертензия 97/52 мм рт.ст.

При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено опухолевое образование в проекции правого надпочечника размерами 55×36 мм. Ребёнок был переведён в отделение хирургии новорождённых.

О каком заболевании у новорождённого следует думать? Какова должна быть тактика неонатолога? Правильна ли тактика акушеров? Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача

Ребенок 6 лет сбит автомобилем, доставлен через 30 мин. в больницу. Жалуется на боли в правой половине грудной клетки. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, при пальпации ребер определяется болезненность по заднеподмышечной линии IV и V ребер. Перкуторно справа тимпанит, дыхание справа от II ребра книзу не прослушивается.

Ваш диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

Ребенок 5 лет упал с балкона, жалуется на боли в грудной клетке. Состояние средней тяжести, небольшая одышка, правую половину грудной клетки щадит при дыхании. Перкуторно справа в нижних отделах притупление, на рентгенограмме отмечается гомогенное затемнение от IV ребра книзу. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача

У ребенка 4 лет накануне удалено инородное тело (английская булавка) из пищевода через эзофагоскоп. Жалуется на боли за грудиной, высокую температуру – 39,9°. Состояние ребенка тяжелое, выраженная одышка, тахикардия, пульс 160 в мин. Рентгенологически определяется значительное расширение тени средостения. В крови лейкоцитоз 25000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час. О каком возникшем осложнении следует думать? Какова должна быть лечебная тактика?

Задача

У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается. О каком возникшем осложнении следует думать? Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?

Задача

У ребенка 4 лет с подозрением на пиоторакс при диагностической пункции получено 200,0 мл мутного выпота, вслед за которым обильно выделяется воздух. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача

У ребенка 2 суток рвота после каждого кормления и в промежутках между ними створоженным молоком. Ребенок родился в тяжелой белой асфиксии, оживлен. При осмотре состояние тяжелое, вялый, кожные покровы несколько синюшны, тахикардия, резкие судорожные подергивания конечностей. Дважды был меконеальный стул и во время вашего осмотра отошел стул желтого цвета. Живот не вздут, мягкий. Ваш предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?

Задача

У новорожденного имеется атрезия анального отверстия. Какие дополнительные исследования необходимы и какие диагностические и тактические задачи они должны разрешить?

Задача

В детское хирургическое отделение поступил ребенок с атрезией анального отверстия и прямой кишки сразу после рождения. Какова должна быть диагностическая и лечебная тактика?

Задача

У новорожденного, родившегося в тяжелой асфиксии, обнаружена высокая атрезия прямой кишки. Состояние ребенка тяжелое: резко выражена дыхательная недостаточность, расстройство мозгового кровообращения. Какое оперативное вмешательство целесообразно выбрать в данном случае?

Задача

Вас пригласили на консультацию к ребенку 2 дней по поводу того, что он с рождения еще ни разу не мочился. Общее состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная, активно сосет грудь, остаточный азот крови в норме, отмечается несколько учащенный жидковатый стул без патологических примесей. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача

В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отдела уретры. При

катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча. Какой аноректальный порок развития в данном случае? Особенности хирургической тактики?

Задача

В клинику доставлен новорожденный через 6 часов после рождения. Врачей родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых, вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800 г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 180 в минуту, слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогих частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача

Ребенок 8 месяцев заболел остро, периодически кричит, сучит ножками. При обследовании в правом подреберье определяется колбасовидное образование, ампула прямой кишки пуста, анус зияет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется геморрагическое желеобразное отделяемое.

О каком заболевании можно думать, какова диагностическая и лечебная тактика в данном случае?

Задача

При операции по поводу инвагинации кишечника после свободного расправления илеоцекального инвагината и отогревания инвагинированной петли кишки цвет ее розовый, она перистальтирует, брыжейка ее отечная, сосуды пульсируют. Червеобразный отросток резко отечен, со множественными темно-багровыми пятнами на серозе. Ваша хирургическая тактика?

Задача

При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдаиванием не удастся; при дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки. Какова должна быть хирургическая тактика в данном случае?

Задача

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его "ползет" при дотрагивании. Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

Задача

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37,5°, язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика.

Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Задача

Ребенок 3 лет упал, попав передней брюшной стенкой на острый край разбитой бутылки. При поступлении в эпигастральной области имеется резаная рана размером 2 см, из которой пролабирует сальник. Живот мягкий при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. С момента травмы прошло 30 мин. Какова должна быть тактика хирурга?

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин, слабого наполнения. АД 80/40 mm Hg, живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогих частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

ОПК-7

Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Аппендикулярный перитонит. Классификация. Клиническая картина, диагностика. Методы лечения.

Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика врача-педиатра, лечение.

Кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения

Кровотечение из пищеварительного тракта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения при острых и хронических кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Алгоритм обследования и лечения.

Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага, понятие о реактивности макроорганизма и формировании иммунного ответа. Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы комплексной детоксикационной терапии. Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Абсцедирующий лимфаденит. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп. Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Бактериальная деструкция легких. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Паховая грыжа, водянка оболочек яичка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.

Пороки развития и заболевания передней брюшной стенки. Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, вентральная грыжа. Аномалии желточного протока. Гастрошизис, омфалоцеле.

Рубцовый фимоз, физиологическое сужение крайней плоти, парафимоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.

Гипоспадия. Эписпадия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.

Особенности онкологии детского возраста. Частота встречаемости различных новообразований, особенности клинического течения, диагностики и современных методов лечения, реабилитация, диспансерное наблюдение. Гемангиома, лимфангиома.

Злокачественные опухоли костей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, рентггенодиагностика, диффдиагностика, принципы лечения и реабилитации.

Пороки развития легких. Агенезия, аплазия, гипоплазия. Врожденная долевая эмфизема. Бронхоэктазии.

Гастроэзофагеальный рефлюкс. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

Диафрагмальные грыжи.

Химические ожоги пищевода. Рубцовые сужения пищевода. Инородные тела желудочно-кишечного тракта и дыхательных путей

Клиническая картина, диагностика, тактика. Методы лечения.

Пороки развития желчевыводящих путей. Атрезия желчевыводящих путей, киста холедоха.

Клиника, диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения.

Синдром “рвоты молоком” у детей грудного возраста. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача педиатра и алгоритм действия на различных этапах лечения у детей с врожденным пилоростенозом, псевдопилоростенозом, пилороспазмом.

Заболевания и пороки развития пищевода. Атрезия, трахео-пищеводный свищ. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения.

Синдром «боли в животе»

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения у детей с заболеваниями, проявляющимися болью в животе (о. аппендицит, мезаденит, кишечная непроходимость). Алгоритм обследования и лечения.

Синдром “пальпируемой опухоли”

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения у детей с: кистой общего желчного протока, энтерокистозом, кистой яичника. Алгоритм обследования и лечения.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

Задача

У ребенка, оперированного по поводу пилоростеноза, на 6-е сутки после операции вновь появилась рвота "фонтаном" после каждого кормления. О каких возможных послеоперационных осложнениях можно думать? План диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

В приемное отделение направлен ребенок с диагнозом "опухоль брюшной полости". Ребенку 3 года. Из анамнеза известно, что он с рождения страдает запорами, а с 1,5 лет нет самостоятельного стула, и он оправляется только после клизмы. При осмотре обращает на себя внимание отставание ребенка в физическом развитии, бледность кожных покровов. Живот резко увеличен в объеме, при пальпации в левой подвздошной области определяется опухлевидное образование размером 15 x 10 x 10 см, округлое, подвижное. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача

Вы консультируете ребенка 1 года с жалобами на постоянное недержание кала. При осмотре промежности на обычном месте анального отверстия нет; ближе к преддверию влагалища определяется отверстие, пропускающее кончик зажима, из которого постоянно выделяются кал и газы. Живот значительно увеличен в объеме, правильной формы, мягкий. О каких пороках развития и осложнениях их следует думать? Каков должен быть план обследования и лечения?

Задача

У ребенка 1,5-месячного возраста отмечается желтуха, интенсивность которой прогрессивно нарастает. Объективно: кожа и слизистые оболочки ярко-желтого цвета, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, плотная, край ее заострен, перкуторно определяется жидкость в отлогах местах живота. В крови резко повышены цифры билирубина в основном за счет прямого. Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка. С каким видом грыжи вы встретились, каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

Задача

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа. О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае, какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

Задача

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней. Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

Задача

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости. Какое осложнение возникло у ребенка, каковы, предположительно, могут быть его причины, лечебная тактика?

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

ЗАДАЧА

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 6 мес через 8 ч от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребёнок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз, тактика врача стационара?

ЗАДАЧА

У девочки 13 лет в течение 3 дней были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребёнок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6×6 см. Симптом Щёткина–Блумберга положителен. Лейкоцитоз $16,2 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш предварительный диагноз? Тактика врача-педиатра?

ЗАДАЧА

Ребёнок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроза печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Гемоглобин 86 г/л.

Ваш предварительный диагноз? Тактика лечения?

ЗАДАЧА

Ребёнок 7 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Лейкоцитоз $5,7 \times 10^9/\text{л}$. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острого аппендицита был исключён.

Ваш дальнейший план обследования этого ребёнка?

ЗАДАЧА

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 8 лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезёнка.

Ваш предварительный диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА

К вам, участковому педиатру, обратились родители ребёнка 1,5 мес с жалобами на беспокойство ребёнка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения

отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5 °С.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

ЗАДАЧА

К вам обратились родители ребёнка 28 дней с жалобами, что ребёнок перестал двигать правой ручкой, она свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребёнка болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

ЗАДАЧА

К вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 9 лет с жалобами на стойкое повышение температуры тела до 38–39 °С, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. При осмотре ребёнок на ногу не встаёт, движения болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?

ЗАДАЧА

Вы — участковый педиатр. К вам на приём обратились родители ребёнка 3 мес, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видны периостальная реакция и очаг разрежения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объёме безболезненные.

Ваша тактика?

ЗАДАЧА

К вам обратился ребёнок 9 лет. Заболел 5 дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура тела до 39 °С. При осмотре обнаружены отёк и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача

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

Задача

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

Ваш диагноз, тактика лечения.

Задача

У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по средней линии на 3 см. выше пупочного кольца безболезненное выпячивание 0,5 x 0,5 см., легко вправляемое в

брюшную полость, при этом определяется дефект апоневроза по средней линии 0,7 x 0,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения.

Задача

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

Ваш диагноз и тактика.

Задача

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

Ваш диагноз и тактика.

ЗАДАЧА

На приём к участковому педиатру явились родители с ребёнком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребёнок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном осмотре грубой патологии врач не выявил. Ребёнок обследован в тот же день в условиях поликлиники. На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого лёгкого и верхней доли левого лёгкого определяются три тени округлой формы с чёткими контурами диаметром 1–1,5 см. На УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции надпочечника выявлено объёмное образование размерами 3×4 см, бугристое, с плотными включениями.

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации? Каковы план обследования и тактика?

ЗАДАЧА

Вы, врач-педиатр, вызваны к ребёнку 3 мес в связи с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула нет с рождения — только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах.

Ваш предварительный диагноз, обследование и план лечения?

ЗАДАЧА

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних 2 сут. Появилось вздутие живота. Ребёнок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли сделать очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

ЗАДАЧА

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью жёлчи. Стула не было 2 сут. В анамнезе в возрасте 3 лет выполнена аппендэктомия.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

ЗАДАЧА

В соматическом отделении находится ребёнок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребёнка нарастает вздутие живота, рвота с примесью жёлчи, одышка. Стула не было в течение 1,5 сут. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

ЗАДАЧА

Вы, участковый педиатр, осматриваете ребёнка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние 2 дня.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения?

ПК-1

Способен проводить обследование детей с целью установления диагноза

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Ведущая субъективная симптоматика: боли в животе, рвота, нарушения со стороны стула; объективная симптоматика: патологические изменения со стороны передней брюшной стенки, болезненность при пальпации, перитонеальные знаки, специфические симптомы острого аппендицита, мезаденита. Роль дополнительных методов исследования: лабораторных, лучевых, эндоскопических. Особенности диагностики у детей раннего возраста.

Этиология и патогенез гнойной хирургической инфекции у детей. Роль эндогенной инфекции. Клинические формы течения гнойной хирургической инфекции у детей. Общая симптоматика, Местная симптоматика при различных видах гнойной хирургической инфекции у детей. Дополнительные методы обследования: лабораторные, лучевые (УЗИ, рентгенологические методы, в том числе РКТ).

Паховые и пахово-мошоночные грыжи у детей: этиология, клиника, осложнения, плановое и экстренное оперативное лечение. Водянка яичка и семенного канатика у детей. Этиология. Классификация. Клиническая картина при различных видах водянки яичка и семенного канатика, дифф. диагностика. Возможные осложнения. Сроки и методы лечения.

Этиология крипторхизма и эктопии яичка. Классификация крипторхизма и эктопии яичка. Диагностика. Возможные осложнения. Сроки и методы лечения.

Этиопатогенез варикоцеле. Классификация. Клиническая картина, возможные осложнения. Методы и сроки оперативного лечения варикоцеле у детей.

Классификация гемангиом. Клиническая картина различных видов гемангиом. Врачебная тактика при гемангиомах у детей. Методы удаления гемангиом.

Этиология дермоидных кист. Клиническая картина и дифф. диагностика дермоидных кист различных локализаций. Возможные осложнения. Оперативное лечение.

Тератомы крестцово-копчиковой области. Этиология. Клиническая картина. Возможные осложнения. Оперативное лечение: сроки и особенности вмешательства.

Остеогенная саркома: морфологические виды, клинические проявления, диагностика, методы лечения. Саркома Юинга: происхождения, клиника, дифф. диагностика, лечение.

Клиническая картина абдоминального синдрома при инфекционных заболеваниях (кишечные инфекции, вирусный гепатит), соматических заболеваниях (болезнь Шенлейн-

Геноха), мезадените, заболеваниях половой сферы, мочевыделительной системы. Дифференциальная диагностика данных заболеваний с острым аппендицитом.

Характеристика нарушений стула у детей при различных хирургических заболеваниях. Клиника и диагностика различных видов атрезий терминального отдела ЖКТ, их лечение. Особенности нарушений стула при болезни Гиршпрунга; клиническая картина данной болезни, диагностика, лечение. Изменения стула при инвагинации кишечника; клиника, диагностика и лечение данного заболевания. Изменения стула при спаечной кишечной непроходимости; клиника, диагностика и лечение данной патологии.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача

У ребенка 6 месяцев появились схваткообразные боли в животе, температура нормальная. При обследовании живот пропальпировать ребенок не дает. При ректальном исследовании на пальце обнаруживаются необильные геморрагические желеобразные выделения. О каком заболевании следует думать, план диагностических мероприятий и лечебная тактика?

Задача

Ребенок 8 месяцев заболел остро, периодически кричит, сучит ножками. При обследовании в правом подреберье определяется колбасовидное образование, ампула прямой кишки пуста, анус зияет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется геморрагическое желеобразное отделяемое. О каком заболевании можно думать, какова диагностическая и лечебная тактика в данном случае?

Задача

При операции по поводу инвагинации кишечника после свободного расправления илеоцекального инвагината и отогревания инвагинированной петли кишки цвет ее розовый, она перистальтирует, брыжейка ее отечная, сосуды пульсируют. Червеобразный отросток резко отечен, со множественными темно-багровыми пятнами на серозе. Ваша хирургическая тактика?

Задача

При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдаиванием не удастся; при дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки. Какова должна быть хирургическая тактика в данном случае?

Задача

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его "ползет" при дотрагивании. Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

Задача

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в

животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37,5?, язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика. Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

Задача

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Задача

Ребенок 3 лет упал, попав передней брюшной стенкой на острый край разбитой бутылки. При поступлении в эпигастральной области имеется резаная рана размером 2 см, из которой пролабирует сальник. Живот мягкий при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. С момента травмы прошло 30 мин. Какова должна быть тактика хирурга?

Задача

В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм Hg, живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогих частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача

Вас пригласили на консультацию к ребенку 2 дней по поводу того, что он с рождения еще ни разу не мочился. Общее состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная, активно сосет грудь, остаточный азот крови в норме, отмечается несколько учащенный жидковатый стул без патологических примесей.

Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Задача

В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отдела уретры. При катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча.

Какой аноректальный порок развития в данном случае? Особенности хирургической тактики?

Задача

В клинику доставлен новорожденный через 6 часов после рождения. Врачей родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых,

вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800 г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 180 в минуту, слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогих частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Задача

У новорожденного после отпадения пуповины наблюдается постоянное обильное истечение прозрачной жидкости из пупочной раны. Мочеиспускания редкие, скудные. О каком заболевании можно думать? Каковы план обследования и лечебная тактика?

Задача

У новорожденного на 2-е сутки после отпадения пуповины из пупка появилось пролабирование слизистой на протяжении 3 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.

О каком заболевании и осложнении можно думать? Какова должна быть хирургическая тактика?

Задача

У ребенка 15 дней гнойные выделения из пупка, появившиеся сразу после отпадения пуповины. В последние сутки состояние ребенка ухудшилось, температура поднялась до 39°, появилась припухлость на передней брюшной стенке между пупком и правой реберной дугой размером 5 x 3 x 3 см. Живот не вздут, мягкий, рвоты нет, стул обычный. Хирург расценил заболевание как гнойный омфалит и флегмону передней брюшной стенки, сделал насечки на коже, однако состояние ребенка не улучшилось, а припухлость даже увеличилась.

О каком заболевании надо думать в данном наблюдении и какой должна быть тактика хирурга?

Задача

Вы лечите новорожденного по поводу эпифизарного остеомиелита бедра, осложненного гнойным артритом тазобедренного сустава.

О каком возможном осложнении следует думать в данном случае и какой должна быть его профилактика?