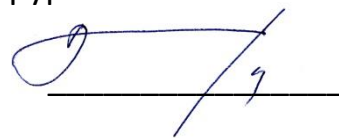


Утверждаю
Зав кафедрой
хирургических болезней №1 ИНМФО

 Ю.И.Веденин

Самостоятельная работа по дисциплине «Детская хирургия»

Раздел 1.

Особенности хирургии детского возраста

Теоретическая часть

1. Детская хирургия : национальное руководство Раздел 1. Глава 2 / под ред. А. Ю. Разумовского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – С. 34-45 : ил. - (Серия "Национальные руководства"). - DOI: 10.33029/9704-5785-6-PSNR-2021-2-1-1280. - ISBN 978-5-9704-5785-6.
2. Детская оперативная хирургия: Практическое руководство / Под ред. В.Д. Тихомировой.-М:ООО «Издательство информационное агентство», 2001 - 432 с.
3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-детский хирург».
4. Герасименко, Н.Ф. Полное собрание федеральных законов об охране здоровья граждан : Комментарии, основные понятия, подзаконные акты / Н. Ф. Герасименко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005 - 520 с.

Практическая часть

Написание рефератов по темам:

1. Особенности диспансеризации детей с хирургической патологией.
2. Организация работы детского хирургического отделения.
3. Этика и деонтология в работе детского хирурга

Задача 1

В травматологическое отделение поступил 12 летний мальчик с переломами и сильным кровотечением. Для спасения жизни мальчика необходимо было переливание крови, но родители мальчика мусульмане заявили, что это противоречит их религиозным убеждениям. Что необходимо предпринять детскому хирургу?

Ответ к задаче 1.

Несмотря на статью 33 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан о праве граждан на отказ от медицинской помощи (в этом случае при отказе родителей несовершеннолетнего ребенка до 15 лет), необходимой для спасения его жизни, руководство больницы или отделения (либо дежурный врач), после информации и попытки убедить родителей, должны обратиться в суд для защиты интересов ребенка.

Задача 2

Ординатор кафедры детской хирургии медицинского университета, находясь в отпуске, с семьей ехал на собственной машине на дачу. При выезде из города он остановился, так как дорога была перекрыта из-за аварии. Выйдя из машины, он увидел травмированного, лежащего на обочине дороги мужчину в тяжелом состоянии, заметил открытый перелом правой бедренной кости с кровотечением, слышал, как автоинспектор вызывал скорую помощь. Но тут дорогу открыли, и врач, решив, что в данный момент он не может оказать медицинской помощи, продолжил путь.

Вопросы:

- 1 Обязан ли был врач в данной ситуации оказать медицинскую помощь?
2. Имеются ли основания для привлечения врача к ответственности?
- 3 Какие причины могут считаться уважительными в случае неоказания медицинской помощи лицами, обязанными ее оказывать в соответствии с законом?

Ситуационная задача 3

В детскую городскую больницу поступил ребенок 12 лет, доставленный после падения с балкона 3-го этажа с повреждениями, вызвавшими кровопотерю. Требовалось срочное переливание крови, однако родители не дали согласие врачам на данное медицинское вмешательство, ссылаясь на то, что боятся заражения своего ребенка ВИЧ-инфекцией. Врачи, проинформировав родителей о возможных последствиях, попросили их письменно зафиксировать отказ от медицинского вмешательства и не стали делать эту процедуру, пытаясь остановить кровь медикаментозными средствами, но ребенок умер от обильной кровопотери.

Вопросы:

- 1 Ответствен ли медицинский персонал за смерть мальчика?
- 2 Опишите алгоритм действий медицинских работников в случае отказа законных представителей ребенка, не достигшего 15 лет (а больного наркоманией - 16 лет) от медицинского вмешательства.

Ситуационная задача 5

В воскресенье вечером в больницу города доставлен мальчик 3 лет. Диагноз при поступлении: пищевое отравление. Дежуривший врач-стоматолог попытался по телефону вызвать педиатра. Та приехать не смогла (принимала гостей), но расспросила о симптомах и решила, что у ребенка грипп, пригласила медсестру и сделала назначение: этазол, амидопирин,

очистительную клизму. Однако ночью мальчик умер. При патологоанатомическом исследовании выявлена мелкоочаговая двусторонняя пневмония, отек легких и мозга. Судебно-медицинская экспертиза установила, что лечение было неправильным, неадекватным установленному диагнозу.

Должен ли нести уголовную ответственность врач? Какой и за что?

Оценочная часть

01. При травме костей свода черепа у детей младшего возраста характерными для костей признаками являются:
- А) четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости;
 - Б) отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости;
 - В) внутренняя пластинка кости при травме отслаивается;
 - Г) внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается;
 - Д) правильные ответы А) и Г).
02. Для третьего клетчаточного пространства височной области, содержащего у новорожденных большое количество жировой клетчатки, характерно:
- А) сообщение с жировой клетчаткой шеечной области;
 - Б) отсутствие связи с другими клеточными пространствами;
 - В) расположение под височной мышцей;
 - Г) расположение между височным апоневрозом и височной мышцей;
 - Д) правильные ответы А) и Г).
03. При костно-пластической трепанации черепа с целью перевязки средней оболочечной артерии границы кожного разреза по направлению спереди кверху и назад проецируются:
- А) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — наружный затылочный бугор;
 - Б) на скуловой отросток лобной кости — теменной бугор — наружный затылочный бугор;
 - В) на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — основание сосцевидного отростка;
 - Г) на лобный бугор — теменной бугор — основание сосцевидного отростка;
 - Д) правильные ответы А) и Б).
04. Во время операции удаления бокового свища (кисты) шеи в операционной ране к средней трети свища прилежит:
- А) сосудисто-нервный пучок шеи;
 - Б) гортань и трахея;
 - В) грудной проток;
 - Г) шейная часть симпатического ствола;

Д) правильные ответы В) и Г).

05. Границей между внутренним и наружным треугольниками шеи является:

- А) двубрюшная мышца;
- Б) лопаточно-подъязычная мышца;
- В) грудинно-ключично-сосцевидная мышца;
- Г) грудино-щитовидная мышца;
- Д) правильные ответы А) и Б).

06. Воспалительный процесс при мастоидитах, распространяющийся вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы, соответствует топографии:

- А) I шейной фасции;
- Б) II шейной фасции;
- В) III шейной фасции;
- Г) IV шейной фасции;
- Д) V шейной фасции.

07. К нижним отделам шейной части трахеи у детей не прилегают следующие перечисленные сосуды:

- А) левой плечеголовной вены;
- Б) плечеголового ствола;
- В) дуги аорты;
- Г) непарной вены;
- Д) правильные ответы А) и Б).

08. Для шейного отдела пищевода не характерны признаки:

- А) сужение в месте перехода глотки в пищевод;
- Б) уровень верхнего сужения пищевода соответствует перстневидному хрящу;
- В) к передней поверхности пищевода прилежит перепончатая часть трахеи;
- Г) пищевод отклоняется на шее вправо;
- Д) пищевод отклоняется на шее влево.

09. С целью предупреждения воспалительных процессов в подвязочном пространстве у детей рационально выполнять:

- А) верхнюю трахеостомию;
- Б) среднюю трахеостомию;
- В) нижнюю трахеостомию;
- Г) коникотомию;
- Д) любую из перечисленных операций.

10. Для доступа к шейному отделу пищевода не характерны следующие основные этапы:

- А) линия кожного разреза проводится в нижней половине вдоль переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- Б) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнаружи;

В) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнутри;

Г) в глубине операционной раны ориентируются на переднюю поверхность позвоночника и трахею.

11. Чаще всего терминальный отдел грудного протока впадает в заднюю поверхность:

А) левого венозного угла;

Б) правого венозного угла;

В) левой внутренней яремной вены;

Г) левой подключичной вены;

Д) любой из перечисленных вариантов.

12. При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:

А) по срединной линии шеи;

Б) к сосудисто-нервному пучку шеи;

В) по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

Г) к подключичной артерии;

Д) кожной складке.

13. При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:

А) кзади от сосудисто-нервного пучка шеи;

Б) кпереди от сосудисто-нервного пучка шеи;

В) по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи;

Г) по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи;

Д) существенного значения не имеет

14. Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется:

А) в подмышечную впадину;

Б) в надостное пространство;

В) в заднюю срединную область груди;

Г) в поддельтовидное пространство;

Д) в переднюю предлопаточную щель.

15. Из перечисленных врожденных пороков легких чаще всего встречается:

А) гипоплазия легких;

Б) добавочные доли легкого

В) слияние легочных долей;

Г) легочная секвестрация;

Д) поликистоз легких.

16. Расширение бронхов при вдохе обусловлено под влиянием:

А) возвратных нервов;

Б) симпатических нервов;

В) парасимпатических Нервов;

Г) межреберных нервов;

Д) диафрагмальных нервов.

17. Бифуркация трахеи у детей проецируется по отношению к передней стенке груди:

- А) на уровне I ребра;
- Б) на уровне II ребра;
- В) на уровне III ребра;
- Г) между II и III ребрами;
- Д) между III и IV ребрами.

18. Из долевых бронхов наиболее крупными являются:

- А) верхнедолевой слева;
- Б) верхнедолевой справа;
- В) среднедолевой справа;
- Г) нижнедолевой слева;
- Д) нижнедолевой справа.

19. Из перечисленных анатомических образований прилежат к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи:

- А) легочная артерия;
- Б) перикард и левое предсердие;
- В) легочные вены;
- Г) перикард и правое предсердие;
- Д) аорта.

20. Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:

- А) глоточно-пищеводные;
- Б) эпифренальные;
- В) бифуркационные;
- Г) абдоминального отдела пищевода;
- Д) все перечисленное одинаково часто.

21. Наиболее частые причины ранения непарной вены во время операции на легких возникают:

- А) при обработке корня легкого;
- Б) при выделении задней стенки перикарда;
- В) при остановке кровотечения;
- Г) при выделении легкого из плоских сращений;
- Д) при выделении сосудов корня легкого.

22. В средостении имеется:

- А) две сердечно-перикардальные щели;
- Б) три сердечно-перикардальные щели;
- В) четыре сердечно-перикардальные щели;
- Г) пять сердечно-перикардальные щели;
- Д) не существует их.

23. Для пункции перикарда наиболее предпочтительным является способ:

- А) Н.И.Пирогова;
- Б) Куршмана;
- В) Марфана;
- Г) Ларрея;
- Д) Б.М.Шапошникова.

24. Оперативный доступ к средней трети грудного отдела пищевода технически проще:

- Л) с левой стороны;
- Б) с правой стороны;
- В) сзади;
- Г) спереди;
- Д) трансабдоминально.

25. Пищевод в своей нижней трети грудного отдела по отношению к аорте:

- А) расположен слева от аорты;
- Б) лежит справа от аорты;
- В) спереди и слева от аорты;
- Г) сзади и справа от аорты;
- Д) сзади и слева от аорты.

26. Пункция заднего средостения осуществляется через:

- А) IV межреберье по лопаточной области;
- Б) V межреберье паравертебрально;
- В) IV межреберье по задней подмышечной линии под углом 45° по отношению к позвоночнику;
- Г) IV-VI межреберье паравертебрально под углом 70° по отношению к позвоночнику;
- Д) V-VII межреберье паравертебрально под углом 60° по отношению к позвоночнику.

27. Непарная и полунепарная вены проходят между:

- А) средними и наружными ножками диафрагмы;
- Б) внутренними и средними ножками диафрагмы;
- В) внутренними ножками диафрагмы;
- Г) наружными ножками и медиальной частью мышечного отдела диафрагмы;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

28. В норме количество естественных лимфовенозных анастомозов составляет:

- А) два;
- Б) три;
- В) четыре;
- Г) пять;

Д) более пяти.

29. Назовите авторов оперативного доступа к червеобразному отростку

- а) Волкович - Дьяконов
- б) Жерар - Спасокукоцкий
- в) Щеткин - Блюмберг
- г) Федоров
- д) Пирогов

30. При продольной лапаротомии в латеральной части брюшной полости хирург встречает крупные сегментарные кровеносные сосуды и нервы:

- А) в подкожножировой клетчатке;
- Б) под сухожилием наружной косой мышцы живота;
- В) между наружной и внутренней косой мышцами;
- Г) между внутренней косой и поперечной мышцами;
- Д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота.

31. Большой сальник развивается настолько, что прикрывает петли тонких кишок на таком же протяжении, как и у взрослого:

- А) к 1 году;
- Б) к 2-3 годам;
- В) к 5-6 годам;
- Г) к 7 годам;
- Д) к 9-11 годам.

32. Ветви для иннервации подчревной области брюшной стенки отходят:

- А) от солнечного сплетения;
- Б) от верхнего брыжеечного сплетения;
- В) от нижнего брыжеечного сплетения;
- Г) от поясничного сплетения;
- Д) от крестцового сплетения.

33. Предпосылки для образования пупочных грыж создает отсутствие или слабость развития:

- А) соединительно-тканых образований;
- Б) пупочной фасции и апоневротических волокон;
- В) слоя подкожной клетчатки;
- Г) сосудистых элементов;
- Д) нервных сплетений.

34. Паховый канал образован, не образован элементами:

- А) апоневроза наружной косой мышцы живота;
- Б) подвздошно-гребешковой связки;

- В) пупартовой связки;
- Г) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц;
- Д) поперечной фасции.

35. Какая стенка пахового канала бывает ослаблена при прямой паховой грыже?

- А) верхняя
- Б) передняя
- В) задняя
- Г) нижняя
- Д) ни одна

36. Поверхностное паховое кольцо образовано:

- А) частью лонной кости;
- Б) расщепленным апоневрозом наружной косой мышцы живота
- В) связкой Коллези (завороченной связкой);
- Г) связкой Купера;
- Д) межножковыми волокнами.

37. Дном треугольника Пети является:

- А) внутренняя косая мышца живота
- Б) поперечная мышца живота
- В) квадратная мышца поясницы
- Г) подвздошно-реберная мышца
- Д) нижняя зубчатая мышца

38. В образовании солнечного сплетения принимают участие:

- А) большой чревный, блуждающий и симпатический нервы;
- Б) малый чревный, блуждающий, большой чревный, симпатический и диафрагмальный нервы;
- В) симпатический, блуждающий, большой чревный и диафрагмальный нервы;
- Г) блуждающий, симпатический, малый чревный и большой чревный нервы;
- Д) блуждающий и симпатический нервы.

39. Основной функцией, выполняемой 12-перстной кишкой, является:

- А) секреторная;
- Б) всасывания;
- В) в ней проходит процесс ассимиляции;
- Г) в ней осуществляется переход от кислого желудочного пищеварения к кишечному;
- Д) в ней проходит процесс диссимиляции.

40. Внебрюшинное поле печени формируется за счет:

- А) печеночно-желудочной связки;
- Б) серповидной или поддерживающей связки, венечной связки;
- В) печеночно-дуоденальной связки;
- Г) всех перечисленных;
- Д) треугольной связки.

41. Печеночные вены впадают:

- А) В нижнюю полую вену
- Б) В верхнюю полую вену
- В) В селезеночную вену
- Г) В верхнюю брыжеечную вену
- Д) В правую желудочную вену.

42. Верхняя брыжеечная артерия выходит через щель, образованную всеми перечисленными элементами, кроме:

- А) головки поджелудочной железы;
- Б) нижнего края поджелудочной железы;
- В) поперечной ободочной кишки;
- Г) нижней горизонтальной части 12-перстной кишки;
- Д) восходящей части 12-перстной кишки.

43. Анастомозирование чревного ствола и верхней брыжеечной артерии осуществляется посредством:

- Л) общей печеночной артерии;
- Б) верхней и нижней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
- В) поджелудочно-двенадцатиперстной артерии;
- Г) правой желудочно-сальниковой артерии;
- Д) всех перечисленных.

44. Наиболее часто встречающимися карманами брюшины в нижнем этаже брюшной полости являются:

- А) в области двенадцатиперстно-тощекишечного перегиба;
- Б) поперечной ободочной кишки;
- В) подвздошно-слепокишечного угла;
- Г) сигмовидной кишки и ее брыжейки;
- Д) нисходящей ободочной кишки.

45. Что такое средостение?

- А) Комплекс органов, расположенный между листками медиастинальной плевры, грудиной, позвоночником, диафрагмой и полость шеи
- Б) Пространство между грудиной, позвоночником и аортой.
- В) Полость, где располагаются аорта, пищевод и сердце.
- Г) Расположенные посредине органы полости груди.

Д) Часть полости груди, лежащая между листками медиастинальной плевры.

46. Забрюшинное пространство имеет

- А) два клеточных слоя;
- Б) три клеточных слоя;
- В) четыре клеточных слоя;
- Г) пять клеточных слоев;
- Д) шесть клеточных слоев.

47. Паранефрон по отношению к брюшной полости является:

- А) пятым слоем;
- Б) четвертым слоем;
- В) третьим слоем;
- Г) вторым слоем;
- Д) первым слоем.

48. Артерия и вена яичка расположена в забрюшинной клетчатке:

- А) в собственном слое забрюшинной клетчатки;
- Б) в паранефрон;
- В) в околоободочной клетчатке (паракалон);
- Г) правильные ответы Б) и В);
- Д) правильного ответа нет.

49. Элементы почечной ножки при рассмотрении спереди назад расположены следующим образом:

- А) вена, артерия, мочеточник;
- Б) артерия, вена, мочеточник;
- В) вена, мочеточник, артерия;
- Г) мочеточник, вена, артерия;
- Д) артерия, мочеточник, вена.

50. Питание мочеточника в его верхнем отделе осуществляется:

- А) почечной артерией;
- Б) яичковой артерией;
- В) ветвями брюшной части аорты;
- Г) верхней брыжеечной артерией;
- Д) правильные ответы А) и Б).

51. В образовании порто - кавальных анастомозов большую роль играют следующие вены забрюшинного пространства:

- А) поясничные;
- Б) почечные;

- В) непарная и полунепарная;
- Г) яичковые;
- Д) брыжеечные.

52. В забрюшинном пространстве цистерна грудного протока (млечная цистерна) проецируется на уровне:

- А) второго поясничного позвонка;
- Б) двенадцатого грудного и первого поясничного позвонка;
- В) одиннадцатого грудного позвонка;
- Г) третьего поясничного позвонка;
- Д) второго-третьего поясничного позвонка.

53. К левой почке спереди и снаружи предлежат:

- А) селезенка;
- Б) нисходящая ободочная кишка;
- В) петли тонкого кишечника;
- Г) поджелудочная железа;
- Д) правильные ответы А) и Б).

54. Поджелудочная железа расположена:

- А. В верхнем этаже брюшной полости
- Б. В нижнем этаже брюшной полости
- В. Забрюшинно.
- Г. В полости сальниковой сумки
- Д. В полости малого таза.

55. В полости малого таза выделяют:

- А) два этажа;
- Б) три этажа;
- В) четыре этажа;
- Г) пять этажей;
- Д) возможны варианты Б) и В).

56. Наружный сфинктер мочевого пузыря расположен:

- А) в мочеполовой диафрагме;
- Б) в основании мочевого пузыря;
- В) в сухожильном центре промежности;
- Г) в мышце, поднимающей задний проход;
- Д) правильного ответа нет.

57. Мочеточник по отношению к артерии яичка в области пограничной линии таза:

- А) не имеет к артерии никакого отношения;
- Б) расположен кпереди от артерии яичка;
- В) расположен над артерией;

- Г) расположен под артерией;
- Д) расположен кзади от артерии яичка;

58. Правый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:

- А) с общей подвздошной артерией;
- Б) с наружной подвздошной артерией;
- В) с внутренней подвздошной артерией;
- Г) с подчревной артерией;
- Д) с запирающей артерией.

59. Левый мочеточник у пограничной линии таза перекрещивается:

- А) с общей подвздошной артерией;
- Б) с наружной подвздошной артерией;
- В) с внутренней подвздошной артерией;
- Г) с подчревной артерией;
- Д) с запирающей артерией.

60. При патологических условиях серозная жидкость (водянка яичка) скапливается между:

- А) наружной и внутренней семенной фасцией;
- Б) внутренней семенной фасцией и собственной влагалищной оболочкой яичка;
- В) наружной семенной и мясистой оболочкой;
- Г) белочной оболочкой яичка и висцеральным листком собственной влагалищной оболочкой;
- Д) париетальным и висцеральным листками собственной влагалищной оболочкой яичка.

61. Полное окостенение лопатки происходит:

- А) к 1-3 годам;
- Б) к 7-8 годам;
- В) к 13-17 годам;
- Г) к 16-18 годам;
- Д) к 20-25 годам.

62. При поражении какого нерва стопа принимает патологическое положение, которое называется «конская стопа»?

- а) nervus peroneus profundus
- б) nervus tibialis
- в) nervus obturatorius
- г) nervus ischiadicus
- д) nervus saphenus

63. Чаще всего пункцию локтевого сустава осуществляют:

- А) из латерального доступа;

- Б) из заднего доступа;
- В) из медиального и латерального доступов,
- Г) из заднего и латерального доступов;
- Д) из медиального и переднего доступов.

Раздел 2. АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Теоретическая часть

1. Кишечная инвагинация у детей /Клинические рекомендации ООО Российская ассоциация детских хирургов. – 52 с.
2. Болезнь Гиршпрунга у детей /Клинические рекомендации ООО Российская ассоциация детских хирургов. – 31 с.
3. И. С. Буров, Б. Г. Сафронов, А. П. Дементьев, А. В. Можаяев ГРЫЖИ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ У ДЕТЕЙ: клиника, диагностика, хирургическая тактика и лечение. Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Педиатрия» и «Лечебное дело».
https://docviewer.yandex.ru/view/26685010/?page=1&*=Rz61jnUkW1GUDxItCFoB%2FTXGIVx7InVybCI6Imh0dHBzOi8vaXZnbXUucnUvYXR0YWNobWVudHMvMTA4NjAiLCJ0aXRzZSI6IjEwODYwIiwibm9pZnJhbWUiOnRydWUsInVpZCI6IjI2Njg1MDEwIiwidHMiOiE3NDU2NTg4OTEzNDIsInl1IjoiNjU4ODcwMjAyMTYxNzA5MzI1NyIsInNlcuBQYXJhbXMiOiJ0bT0xNzQ1NjU4ODg0JnRsZD1ydSZsYW5nPXJ1Jm5hbWU9MTA4NjAmdGV4dD0lRDAIOTglRDAIQkQlRDElODIIRDAIQjUIRDElODAlRDAIQkYlRDElODAlRDAIQjUIRDElODIIRDAIQjAlRDElODYlRDAIQjglRDElOEYrJUQwJUJCJUQwJUIwJUQwJUIxJUQwJUFJUQxJTgwJUQwJUIwJUQxJTgyJUQwJUJFJUQxJTgwJUQwJUJEJUQwJUJFUQwJUIzJUQwJUJFLyVEMSU4NCVEMSU4MyVEMCVCRVCVEMCVCQSVEMSU4NiVEMCVCOVCVEMCVCRSVEMCVCRVCVEMCVCMCVEMCVCQiVEMSU4QyVEMCVCRVCVEMCVCRSVEMCVCMMyVEMCVCRS8rJUQwJUI4JUQwJUJEJUQxJTgxJUQxJTgyJUQxJTgwJUQxJTgzJUQwJUJDJUQwJUI1JUQwJUJEJUQxJTgyJUQwJUIwJUQwJUJCJUQxJTgDJUQwJUJEJUQwJUJFJUQwJUIzJUQwJUJFKyVEMCVQCQyVEMCVCNVEMSU4MiVEMCVCRSVEMCVCNVEMCVCMCsIRDAIQjglRDElODEIRDElODEIRDAIQkIRDAIQjUIRDAIQjQlRDAIQkUIRDAIQjIRDAIQjAlRDAIQkQlRDAIQjglRDElOEYrJUQwJUIyKyVEMCVCNVEMCVCNVEMSU4MiVEMSU4MSVEMCVQCQSVEMCVCRSVEMCVCOSSIRDElODUIRDAIQjglRDElODAlRDElODMIRDElODAlRDAIQjMIRDAIQjglRDAIQjgmdXJsPWWh0dHBzJTNBLY9pdmdtdS5ydS9hdHRhY2htZW50cy8xMDg2MCZscj0zOCZtaW1lPXBkZiZsMTBuPXJ1JnNpZ249MzliZDliZWJiZDcwYmI4MjNkYjg3Yzc1OTA4Y2NkZTMma2V5bm89MCMJ9&lang=ru

Практическая часть

Рефераты к теме: «Абдоминальная хирургия»:

1. Функциональные заболевания пищевода и желудка у детей (ахалазия, халазия, пилороспазм, желудочно-пищеводный рефлюкс).
2. Желчекаменная болезнь у детей. Лапароскопическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

В приёмный покой хирургической больницы обратилась мама с мальчиком 10 лет с жалобами на боли в животе.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности I родов, беременность протекала гладко, роды естественным путём в срок 38 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 52 см, вес 3500 г. Наследственность не отягощена. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Перенёс: ОРВИ, перелом правой локтевой кости 3 г. назад.

Из анамнеза болезни: боли в животе появились 8 ч назад на фоне полного здоровья, локализовались в околопупочной области, носили постоянный ноющий характер, была однократная рвота, которая облегчения не принесла. Два часа назад боль усилилась, локализовалась в правой подвздошной области. Стул был вчера, до приступа, оформленный, однократный. Отмечалась гипертермия до 37,5 °С. Травму отрицают.

При осмотре: мальчик вялый, при ходьбе отмечается симптоматический сколиоз в правую сторону. Кожные покровы телесного цвета, чистые, нормальной влажности. Слизистые розовые влажные. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, не вздут, послеоперационных рубцов, гематом на передней брюшной стенке нет. В акте дыхания живот участвует. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Раздольского, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Ровзинга. Локально в правой подвздошной ямки определяется напряжения мышц передней брюшной стенки, снимается симптом Щёткина–Блюмберга.

Из УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Червеобразный отросток визуализируется, диаметр его 8 мм, структура анэхогенная, слоистость стенок не прослеживается, он ригидный. Имеется незначительное количество жидкости вокруг червеобразного отростка. Перистальтика кишечника прослеживается, ослаблена в правой подвздошной области. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены.

1. Сформулируйте диагноз.

2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?

3. Какой этиологический фактор развития данного заболевания?

4. Раскройте возможные варианты патогенеза заболевания.

5. Какой симптом фигурирует при описании абдоминальной боли у ребёнка?

6. Объясните суть описанных симптомов и технику их снятия.

7. Какие ещё симптомы Вы можете перечислить, которые могут встречаться при данном заболевании?

8. Подтверждается ли Ваш диагноз ультразвуковыми данными, объясните какими именно?

9. Какая дальнейшая тактика хирурга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В приёмный покой хирургической больницы обратилась мама с мальчиком двух лет с жалобами на боли в животе, беспокойство, рвоту 3 раза.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности I родов, беременность протекала гладко, роды естественным путём в срок 38 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 52 см, вес 3500 г. Наследственность не отягощена. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Нарушения диеты не было. В семье никто не болен, рвоты, гипертермии, жидкого стула за последние три дня у членов семьи не было. Перенёс: ОРЗ 3 раза.

Из анамнеза болезни: боли в животе появились 8 ч назад на фоне полного здоровья, ребёнок стал беспокойным, плачет, от еды отказывается, была рвота 3 раза, которая облегчения не принесла, однократный разжиженный стул без патологических примесей. Отмечалась гипертермия до 38,2 °С. Травму отрицают.

При осмотре: мальчик вялый, плаксивый, реакция на осмотр негативная. Кожные покровы телесного цвета, чистые, нормальной влажности. Слизистые розовые влажные. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, умеренно вздут, послеоперационных рубцов, гематом на передней брюшной стенке нет. В акте дыхания участвует. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Объёмных патологических образований не выявляется. Локально в правой подвздошной ямки определяется напряжения мышц передней брюшной стенки и отмечается симптом Щёткина–Блюмберга.

Из УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Червеобразный отросток визуализируется, диаметр его 8 мм, структура анэхогенная, слоистость стенок не прослеживается, он ригидный. Имеется незначительное количество жидкости вокруг червеобразного отростка. Перистальтика кишечника прослеживается, ослаблена в правой подвздошной области. Отмечается метеоризм. Патологических образований не обнаружено. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Подтверждается ли Ваш диагноз ультразвуковыми данными, объясните какими именно?

3. Составьте дифференциальный ряд патологий для данного больного.

4. Опишите особенности данного заболевания у детей до 3-х лет с физиологическими и анатомо-морфологическими особенностями их обуславливающими.

5. Опишите варианты опосредованной пальпации передней брюшной стенки у детей.

6. Какие морфологические варианты данного заболевания могут быть?

7. Какая дальнейшая тактика хирурга? Подробно раскройте её суть.

8. Какие осложнения может иметь данное заболевание?

9. Нуждается ли больной в антибиотикотерапии, если да, то какого спектра?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской хирургической больницы доставлен мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, гипертермию до 39 °С.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала с токсикозом в 1-ом триместре, роды физиологические в 38 недель. Наследственность не отягощена. Привит по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают. Карантина в доме нет. Перенёс: ОРЗ 5 раз, сотрясение головного мозга 3 года назад, ветряная оспа в 1,5 г.

Из анамнеза заболевания: боли в животе появились 2 дня назад, за медицинской помощью не обращались, мама давала ребёнку нурофен, боли после приёма препарата стихали, потом возникали вновь, к концу первых суток болезни поднялась температура тела до 38 °С, мама начала давать ребёнку супракс и вызвала педиатра. Педиатр, осмотрев ребёнка, предположила начинающееся ОРЗ, назначила продолжить начатую терапию с добавлением анаферона и вызовом бригады СМП при ухудшении состояния. За 4 ч до вызова бригады СМП мальчик почувствовал улучшения, боли в животе стихли, но через 20 мин возобновились с большей интенсивностью, возникла многократная рвота, температура тела поднялась до 39 °С.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, ребёнок лежит на каталке, кожные покровы бледные, чистые, слизистые оболочки розовые, суховаты, язык обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует, сыпи, гематом, рубцов не выявлено. При пальпации отмечается *musculus defans*, резкая болезненность. Положительные перитонеальные симптомы снимаются по всей передней брюшной стенке.

Из заключения специалиста УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Перистальтика кишечника значительно снижена. Червеобразный отросток диаметром до 10 мм, анэхогенен, слоистые стенки не дифференцируются. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Имеется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости, неоднородной консистенции с анэхогенной взвесью.

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите формы основного заболевания и его осложнения. Какая форма вероятнее всего в рассматриваемом случае?

3. Объясните возможную причину, почему педиатр не смогла поставить точный диагноз.

4. Чем вызвано кратковременное улучшение в состоянии ребёнка?

5. Перечислите перитонеальные симптомы и объясните методику их снятия.

6. Раскройте дальнейшую тактику хирурга.
7. Какой тип хирургического вмешательства является выбором в данной ситуации?
8. Необходимо ли дренировать брюшную полость после оперативного вмешательства?
9. Укажите возможные послеоперационные осложнения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской хирургической больницы доставлен мальчик 14 лет с жалобами на боли в животе, гипертермию до 37,5 °С.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, роды физиологические в 38,5 недель. Наследственность неотягощена. Привит по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают. Карантина в доме нет. Перенёс: острую коронавирусную инфекцию 1,5 года назад, перелом правой большеберцовой кости 5 лет назад, ветряную оспу 10 лет назад.

Из анамнеза заболевания: боли в животе появились 3 дня назад, боли постоянные, интенсивные в первые двое суток, локализация в правой подвздошной области. За медицинской помощью не обращались, мама самостоятельно давала ребёнку первые сутки но-шпу. На вторые сутки появилась гипертермия до 38 °С, мама решила, что это простуда и начала давать ребёнку нурофен, и амоксиклав. На третьи сутки температура тела снизилась до субфебрильных цифр, боли в животе стали меньшей интенсивности, но в правых отделах живота появилось опухолевидное образование, болезненное при пальпации. Мама вызвала бригаду СМП.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, ребёнок лежит на каталке, кожные покровы бледные, чистые, слизистые оболочки розовые, суховаты, язык обложен белым налётом. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот на уровне рёберных дуг, ассиметричный, справа в подвздошной области определяется выбухание, кожа в проекции выбухания не изменена. При пальпации определяется болезненность, в правой подвздошной области пальпируется конгломерат в виде опухолевидного образования размером 15×10 см, не смещаемый.

Рвоты не было. Стул был три дня назад (до приступа боли), однократный, оформленный, без патологических примесей. Мочится свободно, безболезненно, моча светлая.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить? С какой целью? Какие результаты ожидаете получить?
3. Объясните возможную причину развития осложнения.
4. Раскройте дальнейшую тактику хирурга.
5. В какие сроки показана аппендэктомия в рассматриваемом клиническом случае?

6. Какие осложнения возможны при рассматриваемой клинической ситуации? Какая тактика при их развитии?

Ситуационная задача 5

Во время профилактического осмотра детей в дошкольном учреждении врач педиатр обнаружил у мальчика 5 лет выпухание в правой паховой области около 3 см. в диаметре. При пальпации образование исчезло и вновь не появлялось. Во время беседы с родителями врач выяснил, что они это образование у ребёнка ранее не видели. Мальчик вел себя обычно на боли в животе или в паховой области не жаловался. В возрасте 4 лет перед оформлением документов в детский сад осмотрен детским хирургом, хирургическая патология не обнаружена.

Вопросы:

1. О какой патологии можно думать у этого ребёнка?
2. Специалистом какого медицинского учреждения должен быть обследован ребёнок для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные приёмы могут быть использованы в процессе диагностики?
4. Назовите косвенные признаки патологии которые могут подтвердить ваш диагноз.
5. Какое лечение следует провести ребёнку, если предполагаемый вами диагноз подтвердится?

Ситуационная задача № 6

Детский хирург поликлиники обнаружил у ребёнка 1 месяца выпухание в области пупка диаметром 1,5 см. и высотой 2,5 см. Со слов мамы, выпячивание появилось на 3 неделе жизни ребёнка во время беспокойства из-за вздутия живота и задержки стула. Вне беспокойства и во время сна выпячивание исчезает. Хирург обнаружил при пальпации дефект апоневроза в верхней полуокружности пупочного кольца овальной формы до 1,5 см диаметром. Во время обследования выпячивание легко вправлялось в брюшную полость и появлялось вновь. Ребёнок во время обследования не беспокоился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Согласны ли вы с мнением мамы о причине возникновения образования в области пупка или придаёте большее значение иному этиологическому фактору?
3. Почему подобные образования чаще появляются в верхней полуокружности пупочного кольца?
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации и оперативном лечении?
5. Возможно ли самоизлечение при данной патологии?
6. Если вы сторонники консервативного лечения, то в чём оно

закljučается?

7 Назовите сроки выполнения операции в случае неэффективности консервативного лечения.

Ситуационная задача № 7

Родился ребёнок массой 3000, доношенный. Роды физиологические, беременность протекала с тяжёлым токсикозом 1-й половины. При рождении отмечено, что на передней брюшной стенке имеется дефект кожи. Диаметр дефекта у основания 5 см. Через дефект в виде полушария выбухают органы брюшной полости. Видны петли кишок и нижний край печени. Эти органы покрыты полупрозрачной оболочкой, переходящей по краю дефекта в кожу.

Вопросы:

- 1.Какая патология описана в задаче?
- 2.В какие сроки внутриутробного развития формируется данная патология и с чем связано её формирование?
- 3.Как часто данная патология сочетается с другими пороками развития и какими?
- 4.Тактика акушера и педиатра родильного дома в данной ситуации?
- 5.Какой способ лечения возможен в данном случае?

Ситуационная задача №8.

Родители во время ухода за ребёнком 3 лет обнаружили у него небольшое образование по средней линии живота размерами с горошину. Ребёнок осмотрен детским хирургом. Небольшое выпячивание располагалось между мечевидным отростком грудины и пупком в виде безболезненного уплотнения, не исчезающего при надавливании. Создалось впечатление о том,

что это образование выходит под кожу через щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота.

Вопросы:

- 1 Ваш предварительный диагноз?
- 2 Каковы причины возникновения и этапы развития данной патологии?
- 3 Имеются ли показания к срочному оперативному вмешательству?
- 4 Какой метод лечения и в каком возрасте следует рекомендовать родителям ребёнка?
- 5 В случае отказа родителей от лечения, о каком возможном осложнении их следует предупредить.
- 6 Из каких моментов состоит лечение данного порока развития?

Оценочная часть

01. Червеобразный отросток — это:

А) рудимент;

- Б) функциональный орган;
- В) порок развития;
- Г) аномалия;
- Д) вариант развития.

02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:

- А) обязательно;
- Б) необязательно;
- В) у детей младшего возраста по показаниям;
- Г) у девочек по показаниям;
- Д) в зависимости от клиники.

03. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

- А) усиление болей при расположении на левом боку;
- Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
- В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
- Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
- Д) правое яичко расположено выше левого.

04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:

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

05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

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

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

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

Д) комбинация перечисленных симптомов.

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

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

08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

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

09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

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

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

- А) ввести промедол;
- Б) ввести седуксен;
- В) ввести спазмолитики;
- Г) сделать теплую ванну;
- Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

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

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

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

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

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

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

14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

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

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

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

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

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

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

- А) микроиригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;
- Г) ввести микроиригаторы;
- Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

20. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:

- А) удаление дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) введение стомы на уровне дивертикула;
- Г) плановое удаление дивертикула через 3 месяца;
- Д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

21. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно:

- А) клиновидная резекция;
- Б) резекция под углом 45°;
- В) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
- Г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
- Д) на усмотрение хирурга.

22. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:

- А) лапароскопию;
- Б) лапаротомию;
- В) лапароцентез;
- Г) антибактериальную терапию;
- Д) наблюдение.

23. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:

- А) с пальпации под наркозом;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

24. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:

- А) острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность;
- Б) беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание;
- В) нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза;
- Г) мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков;
- Д) обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

25. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- А) гепатомегалия;
- Б) увеличение размеров живота;
- В) спленомегалия;
- Г) кровавая рвота;
- Д) асцит.

26. В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входит все следующие мероприятия, кроме:

- А) постельного режима;
- Б) исключения кормления через рот;
- В) зондирования желудка;
- Г) инфузионной гемостатической терапии;
- Д) парентального питания.

27. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в детском возрасте является:

- А) гормональные нарушения;
- Б) наследственность;
- В) пороки развития желчного пузыря;
- Г) нарушение обменных процессов;

Д) хронический гепатит.

28. Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать:

А) экстренное оперативное вмешательство;

Б) динамическое наблюдение;

В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию;

Г) консервативное лечение 24-48 часов;

Д) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности - операцию.

29. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

А) проведение консервативных мероприятий;

Б) наблюдение;

В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;

Г) срочная операция;

Д) операция после предоперационной подготовки.

30. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

А) срочная операция;

Б) наблюдение;

В) дача бария, наблюдение;

Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;

Д) операция в плановом порядке.

31. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

А) 3-6 час;

Б) 6-12 час;

В) 12-24 час;

Г) 24-48 час;

Д) 48-72 час.

32. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

А) с ректального пальцевого исследования;

Б) с ирригографии с воздухом;

В) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;

Г) с введения зонда в желудок;

Д) с дачи бариевой взвеси через рот.

33. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:
- А) возрастная дискоординация перистальтики;
 - Б) изменение или нарушение режима питания;
 - В) диспепсия;
 - Г) респираторно-вирусная инфекция;
 - Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).
34. У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:
- А) как начальный период;
 - Б) как период ярких клинических проявлений;
 - В) как период непроходимости кишечника;
 - Г) как явления перитонита;
 - Д) период осложнений.
35. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:
- А) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем;
 - Б) пальпаторное расправление инвагината под наркозом;
 - В) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа;
 - Г) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа;
 - Д) оперативное лечение.
36. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:
- А) острый аппендицит;
 - Б) инвагинация кишечника;
 - В) аппендикулярный инфильтрат;
 - Г) кишечная инфекция;
 - Д) опухоль брюшной полости.
37. У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:
- А) ирригографию с воздухом;
 - Б) ирригографию с бариевой смесью
 - В) колоноскопию;
 - Г) лапароскопию;
 - Д) исследование ректального давления.

38. Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:

- А) в отказе от рентгеновского обследования;
- Б) в визуальной диагностике инвагината;
- В) в визуальном контроле за расправлением инвагината;
- Г) в возможности выявить органическую причину инвагинации;
- Д) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

39. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- А) лапароскопия;
- Б) колоноскопия;
- В) ирригография с воздухом;
- Г) ирригография с бариевой смесью;
- Д) пальпация живота под наркозом.

40. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез по Пфаненштилю.

41. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез в правом подреберье.

42. У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;

- Г) параректальный доступ справа;
- Д) параректальный доступ слева.

43. У ребенка во время операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:

- А) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеосто-му, плановую релапаротомию через 12 часов;
- Б) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
- В) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
- Г) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
- Д) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

44. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:

- А) 5-7 дней;
- Б) 1 мес;
- В) 3 мес;
- Г) 6 мес;
- Д) 1 год.

45. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

46. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

47. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц

передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароскопии;
- Г) с лапароцентеза;
- Д) с внутривенной урографии.

48. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
- В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

49. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия, ревизия;
- В) лапароскопия, длительный дренаж;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

50. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопию;
- В) лапаротомию;
- Г) наблюдение;
- Д) наблюдение, консервативную терапию.

51. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароцентеза;

- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

52. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) установка длительного дренажа брюшной полости;
- Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

53. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопию;
- В) установку длительного дренажа брюшной полости;
- Г) лапаротомию;
- Д) наблюдение, консервативная терапия.

54. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в левом подреберье;
- Г) параректальный доступ;
- Д) трансректальный доступ.

55. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

56. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;

Д) наблюдение.

57. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) наблюдение;
- Д) консервативная терапия.

58. У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает:

- А) марлевый тампон через срединную рану;
- Б) марлевый тампон через контрапертуру;
- В) промывание брюшной полости, страховый дренаж в малый таз;
- Г) установка сквозного дренажа вдоль железы;
- Д) удаление тела и хвоста железы, тампонада.

59. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:

- А) рентгенографию брюшной полости;
- Б) лапароцентез;
- В) лапароскопию;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) ангиографию.

60. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:

- А) лапароскопия;
- Б) лапароцентез;
- В) лапаротомия;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) наблюдение.

61. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является:

- А) ультразвук;
- Б) рентгеновский обзорный снимок;
- В) лапароскопия;
- Г) гастродуоденоскопия;
- Д) исследование желудка с бариевой взвесью.

62. У больного с травмой живота во время операции обнаружены субсерозные гематомы кишки и желудка. В этом случае наиболее рационально:

- А) вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
- Б) пункция и эвакуация гематом;
- В) оставление гематом;
- Г) погружение гематом серозномышечными швами;
- Д) резекция пораженных участков.

63. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае:

- А) настойчивые поиски инородного тела;
- Б) отказ от поисков;
- В) повторное рентгеновское исследование;
- Г) перенос больного в рентгеновский кабинет для направленных поисков;
- Д) использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции.

64. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

- А) трансанально;
- Б) трансназально;
- В) через гастростому;
- Г) через энтеростому;
- Д) зонда вводить не следует.

65. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

66. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;

Д) лапароскопия.

67. У ребенка, оперированного по поводу периаппендикулярного абсцесса, аппендэктомии и дренирования гнойника, на пятые сутки после операции стало поступать кишечное отделяемое из раны. В этом случае целесообразно:

- А) консервативное лечение;
- Б) расширение раны, ревизия;
- В) срединная лапаротомия, ревизия;
- Г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
- Д) лапаротомия, обходной анастомоз.

68. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 1 год;
- Г) 1,5 года;
- Д) индивидуальный подход.

69. У ребенка после повторной операции по поводу аппендикулярного перитонита сформировался полный кишечный свищ подвздошной кишки с пролабированием задней стенки кишки. Из оперативных методов наиболее рационален:

- А) ушивание кишки в ране;
- Б) резекция несущей части кишки с анастомозом;
- В) широкая мобилизация кишки и ушивание дефекта;
- Г) обходной анастомоз для отключения;
- Д) индивидуальное решение.

70. У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:

- А) провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области;
- Б) расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости;
- В) перейти на срединную лапаротомию;
- Г) перейти на параректальный доступ;
- Д) выполнить аппендэктомию.

71. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет целесообразно:

- А) ушивание язвы;
- Б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
- В) Бильрот-I;

- Г) Бильрот-II;
- Д) Гофмейстер - Финстерер.

72. Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии:

- А) обязательное удаление отростка;
- Б) стремление к оставлению червеобразного отростка;
- В) аппендэктомия инвагинальным способом;
- Г) удаление при атипичном расположении отростка;
- Д) в зависимости от возраста больного.

73. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастриальной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гастродуоденит;
- Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
- В) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;
- Г) Меккелев дивертикул;
- Д) неспецифический язвенный колит.

74. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:

- А) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки;
- Б) гастродуоденоскопии;
- В) лапароскопии;
- Г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки;
- Д) колоноскопии.

75. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:

- А) удаление Меккелева дивертикула;
- Б) оставление дивертикула;
- В) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца;
- Г) на усмотрение хирурга;
- Д) установка страхового дренажа для наблюдения.

Раздел 3 Гнойная хирургия

Теоретическая часть

1. Хирургическая инфекция кожи и подкожной клетчатки у детей / Клинические рекомендации ООО РАДХ 20 с.
2. Акжигитов Г.Н., Галеев М.А., Сахаутдинов В.Г., Юдин Я.Б. Остеомиелит. – М., Медицина.- 1979. - 150 с.

Практическая часть

Темы рефератов к разделу «Гнойная хирургическая инфекция»:

1. Особенности лечения парапроктитов у детей.
2. Мастит новорождённых

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

В детскую хирургическую больницу в порядке скорой медицинской помощи поступает ребёнок в возрасте трёх месяцев с жалобами на гиперемию в области правой молочной железы.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 °С, кожные покровы телесные, влажные. Язык розовый, влажный без налёта. Определяется незначительная асимметрия молочных желёз за счёт увеличения правой, где в левом верхнем квадранте визуализируется гиперемия, при пальпации определяется опухолевидное образование, болезненное, 1×1,5 см, без чётких границ, не смещаемое, флюктуации нет. Пальпация левой молочной железы безболезненная, но определяется в околоареолярной области упругое округлое образование 0,5×0,5 см, безболезненное, подвижное.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала с токсикозом в 1-ом триместре, роды физиологические в 38 недель. При рождении рост 50 см, вес 3100 г. Оценка по шкале Апгар 9/9. Наследственность не отягощена. Вскармливание грудное. Привит по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают. Карантина в доме нет. Ребёнок ничем не болел.

Из анамнеза болезни: мама обнаружила гиперемию два дня назад. В день госпитализации гиперемия увеличилась в размерах, появилась гипертермия до 37,5 °С.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения стадии заболевания?
3. С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
4. Исходя из возможных стадий заболевания, предложите способы лечения.

5. Укажите возможный этиологический фактор данного заболевания.
6. Опишите осложнения данного заболевания при отсутствии лечения.
7. Есть ли гендерная и возрастная корреляция у данной патологии?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратился юноша 15 лет с жалобами на болезненное красное округлое образование в области угла правой нижней челюсти.

Из анамнеза известно, что образование появилось 7 дней назад, накануне мальчик переохладился, температура тела не повышалась, лечились самостоятельно повязками с мазью Вишневского, но образование становилось больше, появились неприятные болевые ощущения. Травму, порезы отрицает.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 °С, кожные покровы телесные, влажные. Язык розовый, влажный без налёта. В области угла правой нижней челюсти определяется округлое гиперемизированное образование размером 1,5×1 см, выступающее над поверхностью кожи на 0,4 см, с гнойно-некротическим стержнем в центре, образование болезненное при пальпации, напряжено. Движения нижней челюстью умеренно болезненны. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, подвижные, безболезненны.

1. Поставьте диагноз.
2. Нужны ли дополнительные инструментальные методы исследования для верификации диагноза?
3. Укажите возможный этиологический фактор данного заболевания?
4. Объясните патогенез развития заболевания.
5. Опишите осложнения данного заболевания при отсутствии лечения.
6. Верна ли была самостоятельная лечебная тактика пациента, если нет, то какие лечебные мероприятия необходимы в начальной стадии заболевания?
7. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
8. Опишите лечебную тактику в данном клиническом случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 5 лет с жалобами на боль и покраснение в области правого бедра, повышения температуры тела, плохое самочувствие: вялость, слабость.

Из анамнеза известно, что 10 дней назад девочка упала с велосипеда на правое бедро, сильно ударилась, была небольшая ссадина, которую мама обрабатывала раствором хлоргексидина. Первый день девочка хромала на правую ногу, затем хромота прошла. На 4-й день боль в правом бедре усилилась, девочка стала щадить ногу при ходьбе. На 5-й день появились вялость, повышение температуры тела до 37,5 °С, мама начала давать ребёнку нурофен и противовирусные препараты. Состояние ухудшалось, боль в правом бедре усилилась, появилось покраснение кожи.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,5 °С, кожные покровы телесные, горячие. Язык розовый, влажный без налёта. В области латеральной поверхности правого бедра разлитой участок гиперемии 10×8 см с плотной инфильтрацией и зоной флюктуации в центре синюшного цвета размером 2×2 см. Пальпаторно указанная зона горячая, болезненная. Паховые лимфоузлы справа увеличены, умеренно болезненны, подвижные, не спаяны с окружающей тканью, кожа в проекции лимфатических узлов не изменена. Движения правой нижней конечностью умеренно болезненно, но осевая нагрузка и перкуссия бедренной кости безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимы?
3. Укажите возможный этиологический фактор данного заболевания.
4. Объясните патогенез развития заболевания.
5. Опишите осложнения данного заболевания при отсутствии лечения.
6. Что такое флюктуация?
7. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
8. Опишите лечебную тактику в данном клиническом случае.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 10 лет с жалобами на боль в области левой ягодицы, повышение температуры тела, плохое самочувствие: вялость, слабость.

Из анамнеза известно, что 7 дней назад девочка переохладилась, появился кашель, насморк, боль в горле, лечились самостоятельно: нурофен, амиксин, полоскание горла раствором фурацилина, 5 дней назад у девочки поднялась температура тела ночью до 40 °С, мама самостоятельно сделала инъекцию в верхненаружный квадрант левой ягодицы 3 мл раствора ревалгина и 3 мл раствора но-шпа. Температура тела нормализовалась. Два дня назад девочка пожаловалась, что ей больно сидеть, затем в любом положении тела появилась распирающая боль в области левой ягодицы. Поднялась температура тела до 37,8 °С.

При осмотре: состояние средней степени тяжести, температура тела 38,5 °С, кожные покровы телесные, горячие. Язык розовый, влажный без налёта. В верхненаружном квадранте левой ягодичной области имеется очаг гиперемии, болезненный при пальпации, инфильтрата и флюктуации не определяется.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой дополнительный инструментальный методы исследования необходимо провести для определения лечебной тактики?
3. Укажите возможные причины развития заболевания.
4. Объясните патогенез развития заболевания.
5. Опишите возможные осложнения данного заболевания при отсутствии лечения.
6. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
7. Опишите лечебную тактику в зависимости от результатов диагностики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с новорождённым мальчиком 5 суток с жалобами на покраснение и гнойное отделяемое в области пупка.

Из анамнеза жизни: ребёнок от II беременности II родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в 41 недель.

Наследственность неотягощена. Вскармливание грудное. Привит по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицают. Карантина в доме нет. Выписан из родильного дома на вторые сутки. Пуповинный остаток со скребкой отпал на 3 сутки.

Анамнез заболевания: после того как скребка отпала, мама обратила внимание на покраснение в области пупка, которое стало ярче на следующий день, появилось сначала прозрачное, затем мутное отделяемое. Мама обрабатывала пупочную ранку перекисью водорода.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,9 °С, кожные покровы телесные, нормальной температуры и влажности. Тургор тканей достаточный. Язык розовый, влажный без налёта. В околопупочной области умеренная гиперемия, пупочная кольцо имеет более выраженную гиперемию синюшного цвета с серозно-гнойным отделяемым. Пальпация данной области вызывает беспокойство у ребёнка. Мочеиспускание и стул в норме. Ребёнок грудь сосёт активно, умеренно срыгивает.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы исследования необходимо провести для определения лечебной тактики?
3. Укажите возможные этиологические факторы данного заболевания.
4. Укажите возможные причины и предрасполагающие факторы развития рассматриваемого заболевания.
5. Как классифицируют разные формы и стадии этого заболевания?
6. Опишите возможные осложнения данного заболевания при отсутствии лечения.
7. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
8. Опишите лечебную тактику в зависимости от результатов диагностики.
9. Какие показания для оперативного вмешательства?
10. Что такое фунгус и фунизит?

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 14 лет с жалобами на распирающую боль, покраснение и отёк указательного пальца правой кисти.

Из анамнеза известно, что 5 дней назад девочку укусила за палец кошка, мама обработала рану бриллиантовым зелёным. Три дня назад на месте укуса появилось покраснение, палец постепенно начал опухать. Ночью спала беспокойно из-за распирающей боли в пальце. Температуры и рвоты не было, аппетит сохранён.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 °С, кожные покровы телесные, горячие. Язык розовый, влажный без налёта. В области средней фаланги 2 пальца правой кисти визуализируются следы от укуса 4 шт. диаметром до 1 мм каждый под серозно-гнойной коркой, вокруг разлитая гиперемия, отёк. Пальпация указанной зоны резко болезненна, определяется локальное повышения температуры. Сгибательные движения ногтевой и средней фалангами 2 пальца резко ограничены, определяется умеренная сгибательная контрактура.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая классификация есть у данного заболевания?
3. Объясните этиологию и механизм возникновения заболевания.
4. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
5. Опишите лечебную тактику, если необходимо хирургическое лечение, уточните возможные виды анестезии и технику оперативного вмешательства.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась девочка 16 лет с жалобами на боль в области внутренней поверхности околоногтевого валика 1 пальца правой стопы.

Из анамнеза известно, что 3 мес. назад после педикюра возникла боль в области 1 пальца правой стопы при ношении узкой обуви. Со временем появилась гиперемия, отёк околоногтевого валика, скудное гнойное отделяемое. Температура тела не повышалась. Девочка самостоятельно лечилась компрессами с солевыми растворами, обрабатывала место воспаления спиртовым раствором хлоргексидина. Через неделю воспаление купировалось, но через месяц жалобы появились вновь. Девочка лечилась аналогично,

наступило улучшение. Подобные симптомы возникали вновь ещё два раза, последний 7 дней назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 °С, кожные покровы телесные, горячие. Язык розовый, влажный без налёта. В области внутренней поверхности ногтевой фаланги 1 пальца правой стопы определяется гипертрофия околоногтевого валика, резкая болезненность при надавливании. Отёка, гиперемии, отделяемого на момент осмотра нет. Перкуссия, осевая нагрузка безболезненны, сгибательные движения в полном объёме, безболезненны.

1. Поставьте диагноз, укажите его греческое название.
2. Укажите предрасполагающие факторы к развитию рассматриваемого заболевания?
3. Какая должна быть тактика детского хирурга поликлиники в отношении рассматриваемого пациента?
4. Опишите лечебную тактику, если необходимо хирургическое лечение уточните возможные виды анестезии и технику оперативного вмешательства.
5. Возможен ли рецидив после лечения указанного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с ребёнком 4 месяцев с жалобами на покраснение в области ануса, повышение температуры тела, умеренное беспокойство ребёнка.

Из анамнеза известно, что сегодня утром мама обнаружила покраснение, отёк, беспокойство ребёнка при обработки влажными салфетками перианальной области. Травму отрицает.

При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С, кожные покровы телесные, влажные. Язык розовый, влажный без налёта. Зев спокоен. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. В лёгких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Живот чуть выше рёберных дуг, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 0,5 см из-под края рёберной дуги, край округлый, эластичный, безболезненный. Почки и селезёнка не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Мочеиспускание и стул (со слов мамы) в норме.

При ректальном осмотре: на 8 часах воображаемого циферблата имеется округлое гиперемированное образование до 1,5 см в

диаметре, несколько возвышающееся над поверхностью кожи, образование находится вне наружного сфинктера, пальпация образования резко болезненна, определяется флюктуация.

При ректально-пальцевом исследовании: тонус сфинктера достаточный, ампула прямой кишки пуста, патологических образований, гноя и крови на перчатке не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие виды различают у данного заболевания?
3. Опишите патогенез данного заболевания.
4. Какие дополнительные методы обследования возможно провести и с какой целью?
5. Какая должна быть тактика детского хирурга?
6. Назначьте лечение.
7. Возможны ли рецидивы данного заболевания? Объясните причину.
8. Какая тактика в случае рецидивного течения заболевания?

Оценочная часть

ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ У ДЕТЕЙ

01. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- А) особенностями вскармливания;
- Б) склонностью к гипертермии;
- В) травмой ЦНС в анамнезе;
- Г) относительной незрелостью органов и тканей;
- Д) токсокозом 1 половины беременности.

02. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

- А) стафилококк;
- Б) стрептококк;
- В) кишечная палочка;
- Г) протей;
- Д) синегнойная палочка.

03. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;
- Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- В) малая распространенность в окружающей среде;
- Г) стертость клинических проявлений;
- Д) редко развивается антибиотикорезистентность.

04. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) двое суток;
- В) трое суток;
- Г) четверо суток;
- Д) неделю.

05. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:

- А) сутки;
- Б) вторые-четвертые сутки;
- В) пятые-шестые сутки;
- Г) седьмые-десятые сутки;
- Д) невозможно определить.

06. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

07. Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые-третьи сутки;
- Б) на четвертые-шестые сутки;
- В) на седьмые-десятые сутки;
- Г) к концу второй недели;
- Д) спустя две недели.

08. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:

- А) некроза соединительной ткани и мышц;
- Б) гемолиза;
- В) тромбоза сосудов;
- Г) поражения миокарда, печени, почек;
- Д) избирательного поражения мозга.

09. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:

- А) вирулентность микрофлоры;
- Б) сенсibilизация организма;
- В) иммунологическая реактивностью организма;
- Г) антибиотикорезистентность возбудителя;
- Д) в анамнезе натальная травма ЦНС.

10. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:

- А) лампасные разрезы;
- Б) иссечение пораженных тканей;
- В) нейтрализация действия циркулирующих токсинов;
- Г) коррекция нарушений гомеостаза;
- Д) строгая иммобилизация конечности.

11. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

- А) ампутация выше визуально определяемой зоны поражения;
- Б) операция без жгута;
- В) отказ от ушивания культи;
- Г) рассечение фасциальных футляров;
- Д) отказ от дренирования раны.

12. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

- А) больных;
- Б) персонал-носитель инфекции;
- В) раковины отделения;
- Г) растворы, кремы, мази;
- Д) посетителей пациента.

13. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:

- А) борная кислота;
- Б) раствор фурациллина;
- В) гипертонический раствор;
- Г) перекись водорода;
- Д) левомеколь.

14. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:

- А) ускорению заживления раны;
- Б) снижению интоксикации;
- В) купированию раневой инфекции;
- Г) предупреждению генерализации процесса;
- Д) антибактериальное воздействие.

15. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является

- А) общая анестезия;
- Б) местная инфильтрационная анестезия;
- В) местная проводниковая анестезия;
- Г) местно хлорэтил;
- Д) выбор по индивидуальным показаниям.

16. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- А) 2-3 часа;
- Б) 4-6 часов;
- В) 7-9 часов;
- Г) 10-12 часов;
- Д) индивидуально.

17. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- А) активная аспирация;
- Б) пассивный отток;
- В) капиллярные свойства;
- Г) гигроскопические свойства;
- Д) сочетание свойств.

18. Дренирование гной раны показано в фазе:

- А) индивидуально;
- Б) реорганизации;
- В) регенерации;
- Г) воспаления;
- Д) во всех перечисленных фазах.

19. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- А) механическое очищение очага;
- Б) антибактериальное воздействие;
- В) предупреждение распространения местного процесса;
- Г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- Д) противовоспалительный фактор.

20. Наиболее эффективным методов дренирования гной раны является:

- А) однопросветная трубка для пассивного оттока;
- Б) резиновый выпускник;
- В) марлевый тампон;
- Г) активное дренирование;
- Д) сигарный дренаж.

21. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

- А) 3-4 день;
- Б) 5-6 день;
- В) 7-10 день;
- Г) 10-12 день;
- Д) 12-14 дней.

22. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:

- А) 3-4 день;
- Б) 5-6 день;
- В) 7-10 день;
- Г) 10-12 день;
- Д) 12-14 день.

23. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:

- А) на 3-4 день;
- Б) на 5-6 день;
- В) на 2-ю неделю;
- Г) на 3-4-ю неделю;
- Д) в зависимости от состояния раны.

24. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

- А) Сокращение сроков заживления;
- Б) Снижение опасности госпитального инфицирования;
- В) Уменьшение потерь с раневым отделяемым;
- Г) Улучшение косметических результатов;
- Д) Ускорение сроков смены фаз воспаления.

25. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- А) улучшение самочувствия больного;
- Б) отсутствие температуры;
- В) нормализация лабораторных показателей;
- Г) купирование перифокального воспаления;
- Д) начало репаративной фазы.

26. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на вершукше. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

- А) для фурункула;
- Б) для карбункула;
- В) для флегмоны;
- Г) для фурункулеза;
- Д) для псевдофурункулеза.

27. У ребенка абсцедирующий фурункл в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- А) госпитализацию;
- Б) антибиотикотерапию;
- В) физиотерапию;
- Г) мазовые повязки;
- Д) радикальное оперативное лечение.

28. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:

- А) изменением сопротивляемости макроорганизма;
- Б) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;
- В) расширением инвазивных методов диагностики и лечения;
- Г) распространенностью внутригоспитальной инфекции;
- Д) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов.

29. Понятие хирургический сепсис у детей не определяет:

- А) общее тяжелое инфекционное состояние;
- Б) наличие местного очага инфекции;
- В) измененную реактивность организма;
- Г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;
- Д) показания к назначению гормональной терапии.

30. Патогенез хирургического сепсиса не определяет:

- А) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
- Б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
- В) неспецифическая реактивность организма;
- Г) специфическая реактивность организма;
- Д) ранее проведенное антибактериальное лечение.

31. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- А) в первичном очаге;
- Б) во вторичном очаге;
- В) в крови;
- Г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
- Д) возможны все варианты.

32. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- А) постепенное ухудшение состояния больного;
- Б) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции;
- В) наличие метаболических нарушений;
- Г) длительная гипертермия;
- Д) наличие метастатических очагов инфекции.

33. Длительность применения кортикостероидов при гнойной инфекции определяется:

- А) нормализацией состояния до средней тяжести;
- Б) купированием шока;
- В) снижением температуры до субфебрильной;
- Г) устранением сердечно-легочной недостаточности;
- Д) все перечисленное.

34. Основанием для использования глюкокортикостероидов является:

- А) септический шок и токсико-аллергическая реакция;

- Б) септикопиемия;
- В) септицемия;
- Г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- Д) высокий риск развития септических осложнений.

35. Противопоказанием к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса является:

- А) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционными процессам;
- Б) дыхательные расстройства и сердечнососудистая недостаточность;
- В) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
- Г) тяжелые поражения паренхиматозных органов;
- Д) терминальное состояние.

36. 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 распространению. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункл;
- Б) карбункл;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

37. 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;
- Д) для абсцессов подкожной клетчатки.

38. 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;
- Д) рожистое воспаление.

39. 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;
- Д) рожистое воспаление.

40. 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) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

41. Подострый лимфаденит обычно не дифференцируют с:

- А) с туберкулезом;
- Б) с лимфогранулематозом;
- В) с опухолью;
- Г) с болезнью кошачьих царапин;
- Д) с гемангиомой.

42. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:

- А) паронихий;
- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;
- Д) подкожный панариций.

43. У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) флегмоне.

44. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подногтевому панарицию;
- Г) подкожному панарицию;
- Д) флегмоне.

45. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихий;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) костному панарицию.

46. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз:

- А) паронихия;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) подногтевой панариций.

47. У ребенка 13 лет болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. Указанная картина соответствует:

- А) паронихии;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) сухожильному панарицию.

48. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А) флегмона кисти;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) сухожильный панариций.

49. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:

- А) проводниковая анестезия;
- Б) инфильтрационная анестезия;
- В) масочный наркоз;
- Г) интубационный наркоз;
- Д) местно хлорэтил.

50. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- А) на 1-2 день болезни;
- Б) на 4-6 день болезни;
- В) на 7-9 день болезни;
- Г) на 10-12 день болезни;
- Д) на 13-15 день болезни.

51. При направленном выборе антибиотика в случае гнойного воспаления основным не является:

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) фармакодинамика и фармакокинетика препарата;
- В) токсичность препарата;
- Г) совместимость с другими лекарственными препаратами;
- Д) давность заболевания.

52. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

- А) характер и чувствительность микрофлоры;
- Б) локализацию гнойного очага;
- В) объем гнойного отделяемого;
- Г) характер гнойного отделяемого;
- Д) распространенность воспалительного процесса.

53. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит измерение внутри костного давления следует производить в течение:

- А) 1-2 мин;
- Б) 10-15 мин;
- В) 20-25 мин;
- Г) 30-40 мин;
- Д) 60 мин.

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

- А) измерение внутрикостного давления;
- Б) дополнительную остеоперфорацию;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

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

- А) дополнительную остеоперфорацию;
- Б) измерение внутрикостного давления;
- В) ушивание раны;
- Г) промывание костно-мозгового канала;
- Д) дренирование раны.

56. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

57. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет не было обострения процесса. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

58. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

59. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень:

- А) ниже 90 мм. водн.ст.;
- Б) 96-122 мм. водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;
- Г) 140-160 мм. водн. ст.;
- Д) 160-180мм. водн.ст.

60. Измерение внутрикостного давления больному с подозрением на острый гематогенный остеомиелит показано при:

- А) наличии боли в конечности и высокой температуре;
- Б) при указании в анамнезе на травму отсутствию повреждений;
- В) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава;
- Г) при синдроме заболевания мягких тканей;
- Д) во всех указанных случаях.

61. Декомпрессивная остеоперфорция при остром гематогенном остеомиелите не позволяет:

- А) уточнить диагноз в неясных случаях;

- Б) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования;
- В) снизить внутрикостное давление;
- Г) снять боль;
- Д) полностью санировать очаг воспаления.

62. Сроки дренирования мягких тканей при остром гематогенном остеомиелите определяются:

- А) характером и количеством патологического отделяемого;
- Б) улучшением самочувствия;
- В) динамикой лабораторных показателей;
- Г) динамикой рентгенологических данных;
- Д) купированием болевого синдрома.

Раздел 4 Плановая хирургия

Теоретическая часть

1. Болезнь Крона. Клинические рекомендации. 2024. - 133 с.
2. Гемангиома инфантильная. Клинические рекомендации. 2023. - 45 с.
3. Грыжи передней брюшной стенки. Клинические рекомендации. 2024. - 37 с.
4. Желчнокаменная болезнь. Клинические рекомендации. 2024. - 59 с.
5. Инородное тело в пищеварительном тракте. Клинические рекомендации. -2023. - 87 с

Практическая часть

Темы рефератов:

1. «Болезнь Крона»
2. «Хирургические аспекты лечения муковисцидоза».

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

В палате интенсивной терапии перинатального центра находится ребёнок возрастом 12 дней.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала с токсикозом в 1-м триместре, угрозой прерывания во 2-м триместре и фетоплацентарной недостаточностью в 3-ем триместре. Роды преждевременные в 30 недель, тугое двойное обвитие пуповиной. Рост 38 см, вес 1450 кг.

Оценка по Шкале Апгар 4/5 баллов. Наследственность неотягощена. Мама во время беременности принимала наркотики.

Из анамнеза заболевания: после преждевременных родов ребёнок помещён в кювез в ПИТиР. Введён сурфактант, начато зондовое питание адаптированной смесью. Проведена катетеризация правой подключичной вены, проводится инфузионная терапия. Ребёнок дышит самостоятельно. На вторые сутки отошёл меконий, без патологических примесей.

На момент осмотра: состояние ребёнка тяжёлое, из-за эпизодов апноэ ребёнок подключен к аппарату ИВЛ. Кожные покровы мраморного цвета, чистые. Живот резко вздут, отёка, гиперемии передней брюшной стенки нет, петли кишечника контурируют через переднюю брюшную стенку. При пальпации живот болезненный, напряжённый. Аускультативно перистальтика резко снижена. По желудочному зонду отделяемое с тёмной желчью. Стул скудный с примесью кровянистой слизи. Диурез резко снижен.

По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости: определяется неравномерное газонаполнение петель кишечника с участками расширения, наличие уровней жидкости, отёк кишечной стенки.

Из заключения УЗИ брюшной полости: перистальтика кишечника вялая, значительный метеоризм, стенка кишечника неравномерно утолщена, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

1. Поставьте возможный диагноз.
2. Имеет ли место перфорация кишечника? Какой метод диагностики поможет это верифицировать?
3. Объясните этиологию и патогенез данного заболевания.
4. Какие предрасполагающие факторы у данного ребёнка привели к развитию рассматриваемой патологии?
5. Возможно ли продолжать зондовое питание смесью данного ребёнка?
6. Назначьте дополнительное лечение.
7. Есть ли показания к оперативному лечению на данный момент?
8. Какие диагностические данные будут указывать на необходимость хирургического вмешательства?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

В палате интенсивной терапии перинатального центра находится ребёнок возрастом 20 дней.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала с токсикозом в 1-м триместре, угрозой прерывания во 2-ом триместре и фетоплацентарной недостаточностью в 3-ем триместре. Роды преждевременные в 30-ю неделю, тугое двойное обвитие пуповиной. Рост 38 см, вес 1450 кг. Оценка по Шкале Апгар 4/5 баллов. Наследственность неотягощена. Мама во время беременности принимала наркотики.

Из анамнеза заболевания: после преждевременных родов ребёнок помещён в кювез в ПИТиР. Введён сурфактант, начато зондовое питание адаптированной смесью. Проведена катетеризация правой подключичной вены, проводится инфузионная терапия. Ребёнок дышит самостоятельно. На вторые сутки отошёл меконий, без патологических примесей.

На момент осмотра: состояние ребёнка тяжёлое, из-за эпизодов апноэ ребёнок подключен к аппарату ИВЛ. Кожные покровы мраморного цвета, чистые, акроцианоз. Живот резко вздут, имеется отёк, гиперемии передней брюшной стенки, петли кишечника контурируются через переднюю брюшную стенку. При пальпации болезненный, напряжённый. Аускультативно перистальтика не выслушивается. По желудочному зонду кишечное отделяемое. Стула нет, только слизь с кровью, по газоотводной трубке газы не отходят. Диурез резко снижен.

По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости: определяется неравномерное газонаполнение петель кишечника с участками расширения, наличие уровней жидкости, отёк кишечной стенки, симптом фиксированной петли кишечника, пневматоз кишечной стенки, газ под куполом диафрагмы.

По УЗИ – при доплерографии есть участки кишки без кровоснабжения, признаки перитонита.

1. Поставьте возможный диагноз.
2. Объясните суть рентгенологического симптома фиксированной петли кишечника.
3. Какие выделяют виды пневматоза кишечной?
4. Имеет ли место перфорация кишечника? Основываясь на каких диагностических критериях, возможно сделать об этом вывод?
5. Объясните этиологию и патогенез данного заболевания.

6. Какие предрасполагающие факторы у данного ребёнка привели к развитию рассматриваемой патологии?

7. Есть ли показания к оперативному лечению на данный момент, если да, то раскройте его суть и сформулируйте возможные осложнения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

В приёмный покой хирургической больницы обратилась мама с мальчиком 10 лет с жалобами на боли в животе, многократную рвоту.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности I родов, беременность протекала гладко, роды естественным путём в срок 41 недель. Ребёнок при рождении 8/9 баллов по шкале Апгар. Рост 50 см, вес 3240 г. Наследственность не отягощена. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Перенёс: ОРЗ несколько раз, перелом левой лучевой кости 5 лет назад.

Из анамнеза болезни: боли в животе появились 7 ч назад после завтрака (жареные яйца), локализовались в правых отделах живота, боли постоянные, интенсивные, трёхкратная рвота, которая облегчения не принесла. Стул был вчера, до приступа, оформленный, однократный, светлый. Отмечалась гипертермия до 37,5 °С. Травму отрицают. Последний год отмечает периодические боли в правом подреберье, усиливающиеся после жирной или жареной пищи. У гастроэнтеролога не наблюдаются, УЗИ органов брюшной полости делали в 7 лет – патологии не было. При осмотре: мальчик вялый, бледный. Кожные покровы телесного цвета, чистые, нормальной влажности. Слизистые розовые, влажные. Зев спокоен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот симметричный, не вздут, послеоперационных рубцов, гематом на передней брюшной стенке нет. В акте дыхания участвует симметрично. При пальпации определяется резкая болезненность в области правого подреберья. Симптом Щёткина–Блюмберга отрицательный.

Из УЗИ органов брюшной полости: печень расположена типично, КВР 115 мм нормальной эхогенности, не выступает из-под края рёберной дуги. Желчный пузырь расположен типично, размером

45×25 мм, стенка утолщена до 5 мм, в просвете неоднородное содержимое, подвижный конкремент до 6 мм в диаметре. Поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Червеобразный отросток визуализируется, диаметр его 3 мм, структура нормальная, слоистость стенок прослеживается. Перистальтика кишечника прослеживается. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?
3. Какие дополнительные лабораторные методы диагностики необходимо провести, предположите возможные результаты.
4. Какая дальнейшая тактика хирурга?
5. Какие осложнения может иметь данное заболевание?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

В приёмный покой детской хирургической клиники бригадой СМП доставлен мальчик 14 лет с жалобами на рвоту «кофейной гущей». Из анамнеза известно, что данные жалобы возникли впервые, гипертермии, жидкого стула нет, рвота «кофейной гущей» двухкратная, травму отрицает. Известно, что в возрасте 3-х месяцев ребёнку проведена операция по Касаи. При осмотре. Мальчик гипостенического типа. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, склеры иктеричны. Ребёнок вялый. В лёгких дыхание везикулярное, прослушивается по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Живот чуть выше рёберных дуг, имеются послеоперационные рубцы без признаков воспаления, активно участвует в акте дыхания, мягких, безболезненный при пальпации, патологических образований, перкуторно определяется жидкость в отлогах местах не определяется. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 2 см, край заострён, плотный. На нижних конечностях множественные петехиальные кровоизлияния. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Из заключения УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена до 165 см (КВР), неоднородная, повышенной эхогенности, желчный пузырь не визуализируется, расширение внутрипечёчных желчных протоков, мелкие кисты в воротах печени, увеличение в размерах воротной вены, спленомегалия,

поджелудочная железа не изменена, кишечник перистальтирует, имеется умеренное количество жидкости в боковых каналах.

ОАК: эритроциты $2,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 95 г/л, лейкоциты $1,5 \times 10^9/л$, п/я 40%, с/я 15%, лимфоциты 40%, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, СОЭ 25 мм/ч.

Биохимия крови: общий белок 48 г/л, билирубин общий 160 ммоль/л (прямой 120 ммоль/л), глюкоза 4 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 35 ммоль/л, амилаза 14 Ед/л, липаза 300 Ед/л, АЛТ 80 Ед/л, АСТ 90 Ед/л.

1. Предположите возможный диагноз и его осложнения.
2. Укажите классификацию и возможный этиопатогенез данного основного заболевания и его осложнений.
3. Какие еще осложнения (проявления) может иметь данное заболевание?
4. Объясните суть операции по Касаи. В надлежащее ли время она была выполнена?
5. Какие экстренные лечебные меры необходимы данному ребёнку?
6. Какие способы лечения основного заболевания возможно провести в плановом порядке?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

В детскую хирургическую клинику переведён ребёнок 7 лет из гастроэнтерологического отделения. Из анамнеза известно, что ребёнок получает курс терапии L-аспаргиназы по поводу лейкоза. Неделью назад на фоне лечения появилась резкая опоясывающая боль в эпигастрии и поясничной области, многократная рвота без патологических примесей, не приносящая облегчения, стула не было, температура тела поднималась до 37,8 °С. Ребёнок был госпитализирован в детское гастроэнтерологическое отделение.

В биохимическом анализе крови: общий белок 62 г/л, билирубин общий 6 ммоль/л, глюкоза 4 ммоль/л, мочевины 4,3 ммоль/л, креатинин 35 ммоль/л, амилаза 240 Ед/л, липаза 300 Ед/л, АЛТ 20 Ед/л, АСТ 20 Ед/л.

По данным УЗИ брюшной полости печень, селезёнка без патологии, поджелудочная железа увеличена в размерах, отёчна, неоднородна по структуре, эхогенность её повышена. Перистальтика кишечника сохранена, свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

В стационаре ребёнок получал постельный режим, голод, холод на эпигастрий, инфузионную терапию, октреотид, апротинин.

На седьмые сутки пребывания в стационаре состояния ребёнка ухудшилось. Боли в животе усилились, рвота стала неукротимой, появилась бледность кожных покровов, выросла гипертермия до 39 °С.

При осмотре живот в акте дыхания не участвует, доскообразный, резко болезненный во всех отделах. Положительные симптомы Щёткина–Блюмберга.

По данным УЗИ – поджелудочная железа визуализируется лишь фрагментарно, границы её нечёткие, определяется свободная жидкость в брюшной полости, перистальтика кишечника отсутствует.

1. С каким диагнозом ребёнок был госпитализирован в гастроэнтерологический стационар, и с каким переведён в хирургию?

2. Обоснуйте выставленные диагнозы.

3. Какой дополнительный метод обследования возможно применить для уточнения первоначального диагноза?

4. Какая возможная причина развития заболевания?

5. Верное ли лечение было назначено в гастроэнтерологическом стационаре?

6. Какая дальнейшая лечебная тактика?

Оценочная часть

01. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:

- А) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;
- Б) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;
- В) копчиковая киста;
- Г) воронкообразное кожное втяжение;
- Д) все перечисленное.

02. Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:

- А) зондирование;

- Б) пальцевое ректальное исследование;
- В) рентгенофистулография;
- Г) ректороманоскопия, колоноскопия;
- Д) весь перечисленный комплекс исследований.

03. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

- А) на животе;
- Б) на спине;
- В) на левом боку;
- Г) на правом боку;
- Д) любое из перечисленных.

04. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

- А) по установлению диагноза;
- Б) через 2-3 мес. после стихания острого процесса;
- В) при обострении процесса;
- Г) после 5-6 лет;
- Д) в любые сроки.

05. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- А) рентгеноконтрастный;
- Б) ректороманоскопия;
- В) колоноскопия;
- Г) пальцевое ректальное исследование;
- Д) все перечисленное.

06. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

- А) хирургическое вмешательство по установлению диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;
- Г) рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

07. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года;
- Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

08. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А) по установлении диагноза;
- Б) в 1.5 года;
- В) в 3-4 года; Г) в 7 лет;
- Д) в более старшем возрасте.

09. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А) 3 часа после рождения;
- Б) 6 часов после рождения;
- В) 16 часов после рождения;
- Г) 24 часа после рождения;
- Д) 32 часа после рождения.

10. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

- А) ректovesибулярный свищ;
- Б) ректовагинальный свищ;
- В) ректоуретральный свищ;
- Г) ректovesикальный свищ;
- Д) ректопромежностный свищ.

11. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:

- А) рентгенография по Вангенстину;
- Б) контрастное исследование кишки через свищ;
- В) исследование свища зондом;
- Г) электромиография промежности;
- Д) профилометрия.

12. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

- А) врожденный ганглиоз участка толстой кишки;
- Б) гипертрофия мышечного слоя кишки;
- В) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;
- Г) токсическая дилатация толстой кишки;
- Д) все перечисленное.

13. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

14. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

- А) ирригографию;
- Б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;
- В) дачу бариевой смеси через рот;
- Г) колоноскопию;
- Д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

15. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

- А) радикальная операция;
- Б) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;
- В) колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;
- Г) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки;
- Д) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.

16. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 9 мес;
- Г) 12 мес;
- Д) в 3 года и старше.

17. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

- А) острую;
- Б) подострую;
- В) хроническую;
- Г) ректальную;
- Д) ректосигмоидальную.

18. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:

- А) в 1.5 года;
- Б) в 3 года;
- В) в 6 лет;
- Г) в 10 лет;
- Д) по установлению диагноза.

19. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

- А) консервативное лечение с помощью сифонных клизм;
- Б) радикальное оперативное вмешательство;
- В) пристеночную цекостомию;
- Г) двухствольную колостомию на восходящий отдел кишки;
- Д) терминальную колостомию на переходной зоне кишки.

20. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

- А) до 6 мес;
- Б) после 1 года;
- В) после 3 лет;
- Г) после 6 лет;
- Д) после перенесенной кишечной инфекции.

21. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:

- А) операция Дюамеля;
- Б) операция Свенсона;
- В) операция Соаве;
- Г) колостома;
- Д) илеостома.

22. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:

- А) обзорная рентгенография брюшной полости;
- Б) ирригография с воздухом;
- В) ирригография с бариевой взвесью;
- Г) дача бариевой взвеси через рот;
- Д) колоноскопия.

23. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:

- А) болезнь Гиршпрунга;
- Б) долихосигма;
- В) хронический колит;
- Г) неспецифический язвенный колит;
- Д) болезнь Крона.

24. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

- А) консервативную терапию, сифонные клизмы;
- Б) срочное радикальное оперативное вмешательство;

- В) срочную колостому;
- Г) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;
- Д) колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного.

25. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

- А) опухоль толстой кишки;
- Б) удвоение кишечника;
- В) лимфангиома брюшной полости;
- Г) каловый камень;
- Д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

26. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколоне у ребенка с хроническим запором:

- 1) ректальное пальцевое;
- 2) функциональное;
- 3) ирригография;
- 4) гистохимическое.

- А) правильные ответы 1, 2, 3 и 4;
- Б) правильные ответы 1, 2, 4 и 3;
- В) правильные ответы 1, 3, 4 и 2;
- Г) правильные ответы 1, 4, 2 и 3;
- Д) правильные ответы 1, 4, 3 и 2.

27. У ребенка 1.5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является

- А) разрез мягких тканей и дренирование;
- Б) радикальное иссечение инфильтрата и свища;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) физиотерапевтические методы лечения;
- Д) повязка с мазью Вишневского.

28. У ребенка 1.5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 8 мес;
- Г) 1.5 года;
- Д) после 3 лет.

29. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) инфекционная;
- Б) ферментативная;
- В) алиментарная;
- Г) аллергическая;
- Д) аутоиммунная.

30. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

- А) острая;
- Б) первично-хроническая;
- В) хроническая;
- Г) скоротечная;
- Д) подострая.

31. У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная.

В этом случае следует думать:

- А) об острой форме неспецифического язвенного колита;
- Б) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита;
- В) о хронической форме неспецифического язвенного колита;
- Г) о подострой форме неспецифического язвенного колита;
- Д) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита.

32. Для диагностики неспецифического язвенного колита у детей основным исследованием является:

- А) бактериологическое;
- Б) рентгенологическое;
- В) эндоскопическое;
- Г) пальцевое ректальное;
- Д) биохимия крови.

33. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Клиническая картина позволяет установить диагноз:

- А) колита;
- Б) болезни Гиршпрунга;

- В) неспецифического язвенного колита;
- Г) болезни Крона;
- Д) семейного полипоза.

34. Показанием к хирургическому лечению неспецифического язвенного колита у детей является:

- А) младший возраст;
- Б) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении;
- В) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии;
- Г) поражение толстой кишки на всем протяжении;
- Д) все перечисленное.

35. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:

- А) наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты;
- Б) сифонная клизма;
- В) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) цекостомия;
- Д) сигмостомия.

36. У ребенка обширная рана промежности без повреждения прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) санацию и ревизию раны;
- Б) ревизию и санацию раны, сигмостому;
- В) ревизию и санацию раны, лапаротомию, ревизию брюшной полости;
- Г) ревизию и санацию раны, цекостому;
- Д) ревизию и санацию раны, лапаротомию, сигмостому.

37. У ребенка обширная рана промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Рациональным способом лечения является:

- А) ревизия и санация раны;
- Б) ревизия и санация раны, цекостома;
- В) ревизия и санация раны, сигмостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома;
- Д) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома.

38. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Если имеется подозрение на проникающее ранение брюшной полости, то ребенку показана:

- А) ревизия и санация раны;

- Б) ревизия и санация раны, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, цекостома;
- Г) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Д) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны.

39. У ребенка травма промежности с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. Перитонеальные знаки. Свободный газ в брюшной полости на обзорной рентгенограмме. Ребенку необходима:

- А) ревизия и санация брюшной полости;
- Б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
- В) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости;
- Г) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны;
- Д) ревизия раны, наблюдение.

40. Наиболее информативным методом исследования при подозрении на дермоидную кисту крестцово-копчиковой области является:

- А) рентгеновский;
- Б) эндоскопический;
- В) пальцевое ректальное исследование;
- Г) ангиография;
- Д) пункция образования.

41. При дермоидной кисте крестцово-копчиковой области у ребенка целесообразны:

- А) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты;
- Б) дренирование кисты;
- В) антибактериальная терапия;
- Г) рентгенотерапия;
- Д) наблюдение.

42. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

- А) 6-8 мес; Б) I год;
- В) 2 года; Г) 3 года;
- Д) в зависимости от роста и размеров образования.

43. Наиболее информативным методом диагностики сосудистых образований прямой кишки у детей является

- А) ректальное исследование;
- Б) эндоскопия;
- В) биопсия;
- Г) ангиография;
- Д) ирригография.

44. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:

- А) осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа;
- Б) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа;
- В) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- Г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
- Д) криодеструкцию полипа.

45. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:

- А) лейкоз;
- Б) трещина заднего прохода;
- В) язвенный колит;
- Г) полип прямой кишки;
- Д) гемофилия.

46. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома определяется, как:

- А) первая;
- Б) вторая;
- В) третья;
- Г) четвертая;
- Д) пятая.

47. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу травмы промежности, наблюдается постоянное недержание жидкого кала и периодически плотного. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

48. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Степень недостаточности анального жома составляет:

- А) первую;
- Б) вторую;
- В) третью;
- Г) четвертую;
- Д) пятую.

49. У ребенка выпадение прямой кишки наблюдается при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжения). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценить, как:

- А) компенсированную;
- Б) субкомпенсированную;
- В) декомпенсированную;
- Г) II степень;
- Д) III степень.

50. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:

- А) обзорная рентгенография брюшной полости;
- Б) пальцевое исследование прямой кишки;
- В) ирригография с воздухом;
- Г) лапароскопия;
- Д) колоноскопия.

51. Укажите симптомы ущемленной паховой грыжи при тяжелом течении:

а) интоксикация, б) нормальная или субфебрильная температура тела, в) признаки кишечной непроходимости, г) явления перитонита. Выберите правильную комбинацию ответов.

- а, в, г

52. Укажите характерные признаки водянки семенного канатика:

а) припухлость в паховой области возникает постепенно, нарастает в течение нескольких часов, б) рвота до 8-10 раз в сутки, в) при пальпации пальпируемая опухоль умеренно болезненная, г) от образования отходит в паховый канал плотный тяж. Выберите правильную комбинацию ответов.

53. Укажите консервативные мероприятия для самопроизвольного вправления ущемленной паховой грыжи: а) введение пантопона, б) использование грелки на область грыжи, в) теплая ванна (37-38°C), г) лед на область грыжи. Выберите правильную комбинацию ответов.

54. Ущемленную паховую грыжу необходимо дифференцировать с: а) острым аппендицитом, б) водянкой семенного канатика, в) перекрутом семенного канатика, г) паховым лимфаденитом. Выберите правильную комбинацию ответов.

55. Структурная анатомия грыжи включает: а) грыжевые ворота, б) грыжевой мешок, в) грыжевое содержимое, г) париетальный листок брюшины. Выберите правильную комбинацию ответов.

56. Факторы, способствующие ущемлению грыжи у детей: а) кашель, б) метеоризм, в) физическая нагрузка, г) постоянное сидячее положение. Выберите правильную комбинацию ответов.

57. При позднем поступлении в стационар в общем анализе крови при ущемленной паховой грыже выявляются: а) повышение лейкоцитов до $10-15 \times 10^9$, б) палочкоядерный сдвиг, в) повышение эозинофилов, г) повышение СОЭ, д) норма. Выберите правильную комбинацию ответов.

58. Диагноз ущемленной паховой грыжи устанавливается на основании: а) данных анамнеза, б) данных осмотра, в) данных лабораторной диагностики, г) данных инструментальной диагностики. Выберите правильную комбинацию ответов.

59. Основные жалобы при ущемленной паховой грыже: а) беспокойство, б) диарея, в) боль в паховой области, г) тошнота, рвота, д) увеличение опухолевидного образования. Выберите правильную комбинацию ответов.

60. Укажите показания к оперативному вмешательству при ущемленной паховой грыже: а) явления острой кишечной непроходимости, б) выраженные воспалительные изменения в области грыжевого выпячивания, в) неэффективность консервативного лечения, г) женский пол пациента, д) дети старше 12 лет. Выберите правильную комбинацию ответов.

Раздел 5 Травматология детского возраста

Теоретическая часть

1. Перелом (вывих) грудного и пояснично-крестцового отдела позвоночника // Клинические рекомендации. Ассоциация травматологов России, 2021. – 45 с.
2. Открытая рана запястья и кисти // Клинические рекомендации. Ассоциация травматологов России, 2024. – 40 с.
3. Переломы дистального отдела костей предплечья // Клинические рекомендации. Ассоциация травматологов России, 2024. – 71 с.
4. Кешишян Р.А., Скавыш А.В., Манжос П.И. Повреждение менисков коленного сустава у детей: менискэктомия или шов мениска (обзор литературы) Детская хирургия. 2022; 26(6). – С. 327-333.
5. Байров Г.А. Детская травматология (2-е изд.). – СПб : Изд. «Питер», 2000 – 384с.

Практическая часть

Рефераты:

1. Методы остеосинтеза в травматологии детского возраста.
2. Артроскопия коленного сустава в детском возрасте.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

В травматологический пункт бригадой СМП доставлен мальчик 13 лет с жалобами на боль и деформацию правой руки. Из анамнеза известно: 2 ч назад ребёнок упал с качелей (самостоятельно гулял около дома во дворе) с упором на правую руку. Пришёл домой, мама вызвала бригаду СМП.

При осмотре: правое предплечье мальчика согнуто в локтевом суставе и «подвешено» внутри гамака-косынки. Движения пальцев правой кисти в полном объёме, чувствительность сохранена. Локально: определяется видимая деформации в области нижней трети предплечья, подкожная гематома, движения ограничены и резко болезненны, пальпация резко болезненна, пульсация на лучевой артерии сохранена.

1. Предположите диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Оцените правильность транспортировки больного бригадой СМП.
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?
5. Предложите возможные варианты лечения.
6. Предположите длительность иммобилизации.
7. Предположите возможные способы реабилитации.

ОТВЕТ СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Закрытый перелом костей правого предплечья в нижней трети со смещением.
2. Рентгенографию костей и суставов правого предплечья в прямой и боковой проекциях.
3. Транспортировка осуществлялась неправильно, необходима была иммобилизация повреждённой конечности задней шиной с фиксацией двух суставов.
4. Госпитализация обязательна при наличии смещения отломков.
5. Закрытая ручная репозиция с наложением гипсовой лонгеты. При нестабильном переломе – внутрикостный (интрамедуллярный) остеосинтез спицами.
6. 14 дней.

7. Физиопроцедуры, ЛФК.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

В травматологический пункт бригадой СМП доставлен мальчик двух лет с жалобами на боль и деформацию левой ноги, невозможность на неё наступать. Из анамнеза известно, что мальчик поскользнулся в бассейне и упал на левое бедро, ударившись им о бортик бассейна. Была вызвана вызвала бригаду СМП. Со слов врачей бригады СМП кроме иммобилизации и транспортировки никаких медицинских манипуляций выполнено не было.

При осмотре: левая нога фиксирована лестничной шиной от уровня верхней трети до уровня коленного сустава. Локально: определяется видимая деформации в области верхней трети левого бедра: выпирающая латеральная часть, увеличен объём бедра слева в верхней трети, движения правой нижней конечностью ограничены и резко болезненны, пальпация резко болезненна. Движения пальцев левой стопы в полном объёме, чувствительность сохранена, стопа тёплая, пульсация на *arteria dorsalis pedis* сохранена.

1. Предположите диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Оцените правильность транспортировки и лечения больного бригадой СМП.
4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?
5. Предложите возможные варианты лечения.
6. Предположите длительность иммобилизации.
7. Предположите возможные способы реабилитации.

Ответ. СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. Закрытый перелом левой бедренной кости (диафиза?) в верхней трети со смещением отломков. Травматический шок.
2. Рентгенография левого бедра в двух проекциях (прямая и боковая).
3. Неверное наложение лестничной шины: необходима фиксация нижней части спины и тазобедренного сустава, а также коленного и голеностопного суставов. Необходимо проведения

противошоковых мероприятий: обезболивание и инфузионная терапия.

4. Ребёнок нуждается в госпитализации.

5. Под общим наркозом проведение новокаиновой блокады области перелома, наложение лейкопластырного вытяжения на дуге Назарова по методики вертикального вытяжения по Шеде с грузом 1,5–2,5 кг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

В отделение детской хирургии бригадой СМП доставлен мальчик 14 лет из ДТП. Мальчик был сбит легковым автомобилем на пешеходном переходе.

Ребёнок в сознании, о случившемся помнит, ориентирован во времени и пространстве, рвоты не было. Ребёнок находится в вынужденном положении с полусогнутыми и разведенными ногами. Движения нижними конечностями резко ограничены из-за болезненности. Имеется обширная гематома и ссадины в области таза.

На рентгеновских снимках выявлен перелом седалищной кости без смещения.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести? С какой целью?

3. Опишите надлежащий способ транспортировки больного и лечебные мероприятия, которые должны были осуществить бригадой СМП.

4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?

5. Предложите возможные варианты лечения.

6. Предположите возможные способы реабилитации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Ребёнок, 5 лет, опрокинул на себя кастрюлю с горячей водой и получил ожог всей передней стенки грудной клетки и передней брюшной стенки. Вскоре на кожных покровах появилась «мозаичная» картина повреждения: участки гиперемии, области отёка кожи с отслойкой её и образованием пузырей серозного характера и пузырей с жидкостью желтого цвета. Вызвана бригада «скорой помощи».

Status presents: При осмотре в приёмном покое состояние расценено тяжелым, отмечается выраженное двигательное и голосовое беспокойство. Температура тела 36 °С, пульс учащен до 130 уд./мин, дыхание – 28 в мин, АД 122/70 мм рт. ст., неинвазивная сатурация SpO₂ 96%.

Status localis: помимо гиперемизированных участков кожи определяются сильно болезненные при прикосновении лопнувшие пузыри, дно которых красного цвета, и пузыри с желеобразным содержимым, при разрыве выявляется белесовато-розового цвета дно со сниженной чувствительностью.

1. Назовите полный диагноз.

2. Определите и обоснуйте степень термического поражения.

3. Какими способами можно подсчитать площадь ожога у данного пострадавшего?

4. Определите и обоснуйте основные моменты интенсивной терапии ожоговой болезни в первые сутки в предложенном случае.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

Во время игры в футбол во дворе мяч попал в открытый проём трансформаторной будки. Подросток 12 лет вошел за мячиком и стал его искать внутри электроустановки. Внезапно ребенок упал и перестал откликаться на своё имя. Оставшиеся подростки подбежали и увидели, что мальчик лежит, потеряв сознание. Его руки судорожно сокращаются и виден провод, зажатый в кулаке. Периодически отмечался подъём грудной клетки.

1. Назовите полный диагноз.

2. Определите и обоснуйте тяжесть электротравмы.

3. Что следует предпринять и в какой последовательности?

4. Какой вид электрической петли образовался у пострадавшего при поражении электрическим током? Чем данный вид электрической петли опасен для здоровья?

5. Что наиболее часто является причиной смерти при поражении током?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

Ребёнок, 14 лет, обратился в травматологический пункт с жалобами на головную боль, головокружение и однократную рвоту.

Из анамнеза известно: 3 ч назад мальчик поскользнулся на улице возле своего дома, упал на спину и ударился затылком о лёд на земле, была кратковременная потеря сознания (не более 3-х минут со слов мамы, которая был рядом). Затем мальчик при поддержке мамы смог самостоятельно встать и пойти домой. Дома возникла однократная рвота, слабость, головокружения. Было принято решение обратиться в травматологический пункт.

При осмотре: мальчик ходит самостоятельно, походка уверенная. Кожные покровы бледные, слизистые блестящие, розовые. Периферических отёков нет, тургор тканей сохранён.

Локальный статус: визуально ссадин, гематом на голове не выявлено, но отмечается зона болезненности в области затылка.

Неврологический статус: мальчик о случившемся помнит неточно, другие факты жизни помнит, ориентирован во времени и пространстве, в позе Ромберга устойчив, но определяется умеренный тремор пальцев рук, парезов и параличей нет, чувствительность сохранена, сухожильные рефлексy живые, симметричные, патологических рефлексов нет, лицо симметричное, мышечных сокращений (тиков) не выявлено, язык без девиаций. Движения яблок в полном объёме, имеется установочный горизонтальный нистагм, зрачки симметричные, реакция на свет сохранена.

По данным ЭхоЭГ – смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

1. Предположите диагноз.

2. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести?

3. Нуждается ли ребёнок в госпитализации, если да, то с какой целью?

4. Предложите возможные варианты лечения.

5. Предположите длительность госпитализации

6. Предположите возможные способы реабилитации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7

В травматологический пункт обратилась мама с ребёнком 12 лет с жалобами на боли в области спины.

Из анамнеза известно, что 5 ч назад ребёнок, катаясь с горки на значительной скорости, запнувшись о кочку подпрыгнул и упал с санок, подпрыгнув на высоту около 0,5 м и ударился ягодицами о

лёд. После чего самостоятельно встал, но появилась резкая боль в поясничной области. Пришёл домой, мама втирала в зону болезненности «долгит-гель», боли не прошли, мальчик лежал на кровати.

Локальный статус: походка не изменена, определяется резкая болезненность при пальпации в области 3–4 поясничных позвонков, повороты и наклоны туловища вызывают резкую болезненность. Сухожильные рефлексy на ногах живые, симметричные, чувствительность не нарушена. После травмы мочился, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. По данным рентгенографии: выявлена клиновидная деформация тел 3 и 4 поясничных позвонков.

- 1. Предположите диагноз, обоснуйте его.*
- 2. Нужны ли дополнительные инструментальные диагностические мероприятия в данном клиническом случае, объясните свой ответ?*
- 3. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?*
- 4. Предложите возможные варианты лечения.*
- 5. Предположите длительность госпитализации.*
- 6. Предположите возможные способы реабилитации.*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8

Бригадой СМП в больницу скорой медицинской помощи доставлен мальчик 5 лет после ДТП. Ребёнок в сознании, доставлен на каталке, видимых повреждений кожных покровов нет. Ребёнок жалуется на боль в области левой половины груди, усиливающуюся при дыхании, редкий кашель, однократное отхождение кровянистой мокроты в карете скорой помощи при транспортировке.

При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, тургор тканей сохранён, периферических отёков нет. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные. Левая половина грудной клетки отстаёт в дыхании. Грудная клетка резко болезненна при пальпации слева, подкожной крепитации, костной деформации нет. При аускультации слева выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы и определяется там же укорочение перкуторного звука при перкуссии. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальные знаки отрицательные, при перкуссии жидкости в отлогах местах не

определяется. Движения и чувствительность в верхних и нижних конечностях сохранены.

По данным рентгенографии органов грудной клетки костно-травматической патологии не выявлено, в левом легком обнаружены множественные, очаговые ателектазами и пятнистыми тени.

1. Предположите диагноз.

2. Расскажите об этиопатогенезе развития данного заболевания.

3. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести и с какой целью?

4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации, если да, то в какое отделение?

5. Предложите возможные варианты лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9

В приёмный покой детской хирургической клиники бригадой скорой медицинской помощи доставлен мальчик 14 лет из ДТП. Мальчика 1 ч назад сбил автомобиль, удар пришёлся бампером в область живота. Потери сознания, рвоты не было.

Мальчик доставлен на каталке, в сознание, о случившемся помнит, жалуется на боли в животе. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, тургор тканей сохранён, периферических отёков нет. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные. Движения и чувствительность в верхних и нижних конечностях сохранены.

Температура тела 36,9 °С, АД 110/70 мм рт. ст.

Живот на уровне рёберных дуг, при пальпации напряжён, резко болезненный в правых отделах. Перитонеальные симптомы сомнительные. Жидкости в отлогах местах не определяется.

ОАК: эр $3,5 \times 10^{12}/л$, гем 105 г/л, лей $20 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 40%, лимф 40%, тромбоциты $300 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч.

В биохимическом анализе крови: общий белок 65 г/л, билирубин общий 8 ммоль/л, глюкоза 5 ммоль/л, мочевины 4,8 ммоль/л, креатинин 40 ммоль/л, амилаза 100 Ед/л, липаза 150 Ед/л, АЛТ 52 Ед/л, АСТ 55 Ед/л.

По данным УЗИ – поджелудочная железа и селезёнка – без патологии, на передней поверхности печени выявлено гиперэхогенное образование неправильной формы размером 1×1,5 см с неровными, но чёткими контурами, кровоток по данным ЦДК в данном образовании не прослеживается, желчный пузырь не

изменён, свободной жидкости в брюшной полости нет, перистальтика кишечника прослеживается.

Обзорная вертикальная рентгенография органов брюшной полости патологии не выявила.

1. Предположите диагноз, обоснуйте его.

2. Какая классификация есть у рассматриваемой патологии?

3. Нужны ли дополнительные инструментальные диагностические мероприятия в данном клиническом случае, объясните свой ответ?

4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации, если да, то в какое отделение?

5. Предложите возможные варианты лечения.

6. Какие возможны виды и показания для хирургического вмешательства при данной патологии, следует ли его применить в данном клиническом случае?

Теоретическая часть

1. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- А) бытовой;
- Б) уличный;
- В) школьный;
- Г) спортивный;
- Д) прочий.

2. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:

- А) повреждения;
- Б) ожоги;
- В) инородные тела;
- Г) отравления;
- Д) огнестрельные повреждения.

3. Малым сегментом нижней конечности при травматическом его отчленении считается уровень дистальнее:

- А) уровня плюсно-фалангового сустава;
- Б) уровня голеностопного сустава;
- В) уровня коленного сустава;
- Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от предполагаемого веса конечности;
- Д) уровня средней и нижней трети голени.

4. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:

- А) в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента;
- Б) в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C;
- В) не имеет значения;
- Г) при отрицательной температуре;

Д) при температуре около 40°C.

5. Крупным сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень проксимальнее:

- А) уровня лучезапястного сустава;
- Б) уровня средней и нижней трети предплечья;
- В) уровня локтевого сустава;
- Г) уровня пястно-фалангового сустава;
- Д) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет более 15% от веса конечности.

6. Показанием для реплантации крупного сегмента нижней конечности у детей является уровень проксимальнее:

- А) коленного сустава;
- Б) уровня средней и нижней трети бедра;
- В) уровня средней и верхней трети бедра;
- Г) тазобедренного сустава;
- Д) не имеет значения.

7. Малым сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень дистальнее:

- А) уровня пястно-фалангового сустава;
- Б) уровня лучезапястного сустава;
- В) уровня локтевого сустава;
- Г) уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от веса конечности;
- Д) уровня средней и нижней трети предплечья.

8. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:

- А) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- Б) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- В) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
- Г) гипсовой лангетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
- Д) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.

9. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

- А) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- Б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- В) гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
- Г) гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
- Д) циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;

10. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важной функции при шоке, состоит:

- А) в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью;
- Б) в «вегетативной буре», с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза;
- В) в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей;
- Г) в острой дыхательной недостаточности;
- Д) в нарушении центральной гемодинамики.

11. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:

- А) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование;
- Б) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух;
- В) с противошоковой целью ввести наркотики;
- Г) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается;
- Д) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А.В.Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза.

12. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на Догоспитальном этапе включает:

- А) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей;
- Б) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения,
- В) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков;
- Г) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации;
- Д) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков;

13. При верхнем родовой параличе Дюшена-Эрба имеет место:

- А) отсутствие движения в пальцах кисти;
- Б) внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти;
- В) полное отсутствие движений в пораженной конечности;
- Г) односторонний спастический гемипарез;
- Д) отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе.

14. Наиболее частой локализацией родowego эпифизеолиза является:

- А) проксимальный эпифиз плечевой кости;
- Б) дистальный эпифиз плечевой кости;
- В) проксимальный эпифиз бедренной кости;
- Г) дистальный эпифиз бедренной кости;
- Д) проксимальный эпифиз большой берцовой кости.

15. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родowego эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является:

- А) деструкция метафиза плечевой кости;
- Б) наличие видимого костного отломка;
- В) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья;
- Г) видимая костная мозоль;
- Д) луковичный периостит.

16. Рациональная лечебная тактика при родовой эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:

- А) открытое направление;
- Б) вытяжение по Шеде;
- В) вытяжение по Блаунту;
- Г) вправление закрытое;

Д) закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки.

17. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:

- А) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
- Б) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
- В) вытяжение по Шеде;
- Г) вытяжение по Блаунту;
- Д) лечения не требуется.

18. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:

- А) гематома в области плечевого сустава;
- Б) крепитация отломков;
- В) гемипарез;
- Г) реакция на болевое ощущение при пеленании;
- Д) нарушение кровообращения.

19. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:

- А) фиксация ручки к туловищу ребенка;
- Б) лейкопластырное вытяжение;
- В) гипсовая повязка;
- Г) повязка Дезо;
- Д) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°).

20. Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы, является:

- А) степень нарушения мозгового кровообращения;
- Б) размеры родовой опухоли на голове;
- В) наличие кефалогематомы;
- Г) переломы черепа;
- Д) степень смещения костей черепа.

21. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа плода, возникших при родах, включает:

- А) лечения не требует;
- Б) интенсивную инфузионную терапию;
- В) хирургическую коррекцию методом репозиции;
- Г) резекционную трепанацию черепа;
- Д) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.

22. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшена-Эрба:

- А) прибинтовать ручку к туловищу;
- Б) положить повязку Дезо;
- В) фиксировать ручку в положении отведения плеча под углом 90° с наружной ротацией;
- Г) фиксация не обязательна;
- Д) фиксация при запрокидывании ручки за спину.

23. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

- А) печень, селезенка;
- Б) тонкая кишка;

- В) толстая кишка;
- Г) мочевого пузыря;
- Д) почки.

24. При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:

- А) анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку;
- Б) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин;
- В) противостолбнячную сыворотку;
- Г) анатоксин столбнячный;
- Д) ничего из перечисленного.

25. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:

- А) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;
- Б) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза;
- В) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области;
- Г) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области;
- Д) ушиб мягких тканей головы.

26. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:

- А) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
- Б) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику;
- В) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
- Г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой;
- Д) гемипарез при ясном сознании.

27. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:

- А) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
- Б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
- В) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, ипсилатеральные признаки пирамидной недостаточности;
- Г) общемозговая симптоматика, повышение температуры;
- Д) тетраплегия, ясное сознание.

28. Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:

- А) потеря сознания;
- Б) очаговая неврологическая симптоматика;
- В) многократная рвота;
- Г) ото-рино-ликворея;
- Д) кровотечение из носа и уха;

29. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:

- А) в средней трети;
- Б) в зоне клювовидного отростка;
- В) на границе средней и медиальной трети ключицы;
- Г) на границе средней и латеральной трети ключицы;
- Д) у стернального конца ключицы.

30. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:

- А) повязка Дезо;
- Б) торакобрахиальная повязка;

- В) шино-гипсовая 8-образная повязка; .
- Г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко;
- Д) фиксация не требуется.

31. При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы:

- А) падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки;
- Б) прямой удар в среднюю треть предплечья;
- В) резкий рывок за руку;
- Г) падение на бок при приведенной руке;
- Д) ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке.

32. Для постановки правильного диагноза при вывихе плеча оптимальным обследованием является:

- А) клиническое + рентген;
- Б) рентген + УЗИ;
- В) УЗИ + артроскопия;
- Г) ЯМР + радиоизотопное исследование;
- Д) артропневмография.

33. При закрытом поперечном переломе диафиза плечевой кости в средней трети оптимальная тактика включает:

- А) репозицию и фиксацию гипсовой лонгетой;
- Б) репозицию и фиксацию на отводящей типе;
- В) репозицию и фиксацию двумя перекрещивающимися спицами;
- Г) скелетное вытяжение;
- Д) репозицию и фиксацию стержневым аппаратом.

34. Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения:

- А) ротационного смещения;
- Б) смещения по ширине;
- В) смещения по длине;
- Г) углового смещения;
- Д) смещения по ширине и длине.

35. Оптимальный уровень проведения спицы при лечении перелома верхней трети плечевой кости с помощью скелетного вытяжения:

- А) дистальный конец плечевой кости;
- Б) локтевой отросток локтевой кости;
- В) дистальный метафиз лучевой кости;
- Г) диафиз плечевой кости;
- Д) скелетное вытяжение не применяют.

36. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают:

- А) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости;
- Б) при метафизарных повреждениях плечевой кости;
- В) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости;
- Г) при диафизарных повреждениях плечевой кости;
- Д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

37. При отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости у ребенка 12-14 лет наиболее предпочтительна фиксация отломков:

- А) одной спицей;
- Б) двумя спицами;

- В) спицей с боковой компрессией;
- Г) костным швом;
- Д) шило-шурупом Тер-Егизарова.

38. Задний вывих обеих костей предплечья возникает:

- А) при падении на локоть согнутой руки;
- Б) при падении на локоть разогнутой руки;
- В) падении с упором на ладонную поверхность кисти при неполностью разогнутой руке в локтевом суставе;
- Г) при падении на отведенную руку;
- Д) при падении на кисть отведенной и разогнутой руки.

39. Переломо-вывих Монтеджа — это:

- А) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой;
- Б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети;
- В) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья;
- Г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости;
- Д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке.

40. Переломо-вывих Галеацци — это:

- А) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети — на другой;
- Б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
- В) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
- Г) вывих кости с переломом лучевой кости в средней трети;
- Д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.

41. Позволяет диагностировать вывих головки луча при вывихе Монтеджа по рентгеновским снимкам линия:

- А) Смита;
- Б) Маркса;
- В) Омбредана;
- Г) Келлера;
- Д) симптом Ортолани.

42. Оптимальным положением предплечья, фиксированного гипсовой лангетой, при переломах локтевого отростка без смещения будет:

- А) сгибание под углом 45° ;
- Б) разгибание в локтевом суставе предплечья;
- В) сгибание под углом 135° ;
- Г) максимальное сгибание предплечья;
- Д) сгибание и внутренняя ротация предплечья.

43. При закрытой ручной репозиции переломо-вывиха Монтеджа до иммобилизации гипсовой лонгеттой следует:

- А) вправление головки и репозиция перелома локтевой кости;
- Б) достаточно репозиции локтевой кости;
- В) достаточно вправить головку луча;
- Г) репозиция локтевой кости + вправление головки луча;
- Д) достаточно тракции по оси.

44. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются:
- А) перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением;
 - Б) перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением;
 - В) перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением;
 - Г) перелом двух костей предплечья на разных уровнях;
 - Д) перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности.
45. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае:
- А) эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине;
 - Б) перелома проксимального эпифиза;
 - В) остеоэпифизеолиза со смещением;
 - Г) эпифизеолиза со смещением;
 - Д) сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза;
46. Фиксировать палец при подкожном разрыве сухожилия разгибателя следует:
- А) в положении полного разгибания в межфаланговых суставах;
 - Б) при переразгибании в суставах пальца;
 - В) в положении сгибания в дистальном межфаланговом суставе; и разгибания в проксимальном;
 - Г) в положении сгибания в проксимальном суставе и переразгибания в дистальном («писчего пера»);
 - Д) при максимальном сгибании во всех суставах пальца.
47. При ранении сухожилия сгибателя пальца хирургическая тактика сводится:
- А) к наложению первичного шва сухожилия;
 - Б) к лечению под мазовыми повязками;
 - В) к гипсовой иммобилизации;
 - Г) к фиксации в металлической шине В.И.Розова;
 - Д) к лейкопластырной повязке.
48. Оптимальным вариантом положения пальца кисти, фиксированного в гипсе, после успешной репозиции перелома средней или основной фаланги пальцев кисти будет:
- А) положение максимального сгибания;
 - Б) положение максимального разгибания;
 - В) средне-физиологическое положение;
 - Г) положение «писчего пера»;
 - Д) положение сгибания ногтевой фаланги под углом 90°.
49. При заднем (подвздошном) вывихе головки бедренной кости нижняя конечность:
- А) слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, ротирована кнутри;
 - Б) согнута и ротирована кнаружи;
 - В) отведена и согнута в тазобедренном и коленном суставах;
 - Г) выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи;
 - Д) в максимальном сгибании в тазобедренном и разгибании в коленном суставе.
50. При привычном вывихе надколенника лечение предусматривает:
- А) моделированную гипсовую лангету;
 - Б) удаление надколенника;
 - В) стабилизирующие пластические операции;
 - Г) надмышечковую остеотомию бедра;
 - Д) иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой.

51. При травматическом вывихе надколенник смещен:

- А) кнаружи;
- Б) вниз;
- В) кнутри;
- Г) кзади;
- Д) вверх.

52. Методом лечения при гемартрозе и остром вывихе надколенника у детей является:

- А) вправление, пункция сустава, моделированная гипсовая лонгета, последующая артроскопия;
- Б) вправление, гипсовая лонгета;
- В) открытое вправление, давящая повязка;
- Г) открытое вправление, стабилизирующие оперативно-технические приемы;
- Д) закрытое вправление без иммобилизации.

53. Оперативное лечение перелома ключицы показано:

- А) при поперечном переломе с полным смещением;
- Б) при переломе с большим угловым смещением;
- В) при оскольчатом переломе со значительным смещением от-иомка;
- Г) при всех типах переломов;
- Д) не показано.

54. При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает:

- А) лучевой нерв;
- Б) локтевой нерв;
- В) срединный нерв;
- Г) мышечно - кожный нерв;
- Д) нервы не страдают.

55. При проникающем ранении коленного сустава пострадавшему следует произвести:

- А) ушивание раны, гипсовую повязку;
- Б) ревизию раны, первичную хирургическую обработку, иммобилизацию;
- В) рентген снимок сустава, ревизию раны, удаление инородных тел, промывание полости антисептиками, ушивание раны, гипс;
- Г) ревизию раны, удаление инородных тел, дренирование;
- Д) артротомию с ревизией коленного сустава.

56. Сроки иммобилизации после наложения первичного шва собственной связки надколенника составляют:

- А) 2 недели;
- Б) 3 недели;
- В) 4 недели;
- Г) 5 недель;
- Д) 6 недель.

57. Типичным механизмом повреждения менисков коленного сустава у детей является:

- А) форсированное отведение и наружная ротация голени;
- Б) форсированное приведение голени в коленном суставе;
- В) форсированное разгибание в суставе;
- Г) форсированное сгибание в суставе;
- Д) резкое отведение голени в коленном суставе.

58. При разрыве передней крестообразной связки в коленном суставе характерным симптомом является:

- А) блокада коленного сустава;
- Б) симптом «выдвижного ящика»;
- В) сгибательная контрактура в коленном суставе;
- Г) разгибательная контрактура в коленном суставе;
- Д) симптом «прилипшей пятки».

59. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает:

- А) открытую репозицию;
- Б) открытую репозицию + остеосинтез;
- В) аппаратное лечение;
- Г) скелетное вытяжение;
- Д) ревизию + гипсовую иммобилизацию.

60. Абсолютные показания к оперативному лечению при переломах костей голени касаются:

- А) закрытых внутрисуставных переломов со смещением;
- Б) закрытых диафизарных переломов 2 костей голени;
- В) метафизарных переломов 2 костей с угловым смещением;
- Г) закрытых переломов с полным смещением;
- Д) всех видов переломов со смещением отломков.

61. Контрольный рентгеновский снимок в гипсе при метадиа-физарных переломах для выявления максимального вторичного смещения отломков следует производить:

- А) на 2-е сутки;
- Б) на 3-5-е сутки;
- В) на 6-7-е сутки;
- Г) на 10-14-е сутки;
- Д) рентгенологический контроль не обязателен.

62. Величина таранно-пяточного угла (Белера) в норме у детей составляет:

- А) до 10°;
- Б) от 10 до 20°;
- В) от 30 до 40°;
- Г) от 45 до 90°;
- Д) 135°.

63. Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:

- А) наклон головы и поворот ее в «здоровую» сторону;
- Б) поворот головы в сторону «подвывиха»;
- В) ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди;
- Г) полный объем движений.

64. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в:

- А) шейном отделе;
- Б) верхне-грудном отделе;
- В) средне-грудном отделе;
- Г) нижне-грудном отделе;
- Д) поясничном отделе.

65. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:

- А) на грудь;
- Б) на спину;
- В) на ягодицы;
- Г) на ноги;
- Д) на голову.

66. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеет место:

- А) локальная болезненность, деформация;
- Б) болезненность при осевой нагрузке;
- В) локальная болезненность, затрудненное дыхание;
- Г) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
- Д) нарушение функции тазовых органов.

67. Оптимальная тактика лечения детей с компрессионными переломами грудного отдела позвоночника включает:

- А) функциональный метод лечения (вытяжение, ЛФК, массаж);
- Б) с помощью корсетов;
- В) оперативное лечение;
- Г) одномоментную реклинацию + корсет;
- Д) не требует лечения.

68. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатым переломом поясничного позвонка:

- А) на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;
- Б) на спине с выпрямленными конечностями;
- В) на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;
- Г) на боку с выпрямленными конечностями;
- Д) нет типичных позиций.

69. Симптом «прилипшей пятки» характерен:

- А) для перелома крыла подвздошной кости;
- Б) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
- В) для перелома горизонтальной ветви лонной кости;
- Г) для отрыва передне-верхней ости;
- Д) для отрыва передне-нижней ости.

70. Вынужденное положение «лягушки» характерно:

- А) при переломе обеих лонных и седалищных костей;
- Б) при отрывном переломе передне-верхней ости;
- В) при переломе тазового кольца;
- Г) при разрыве крестцово-подвздошного сочленения;
- Д) при отрывном переломе апофиза седалищного бугра.

71. У ребенка 12 лет при первичном осмотре выявлен перелом бедра и заподозрены перелом таза, повреждения селезенки. Оптимальный порядок лечебно-диагностических мероприятий (на догоспитальном этапе введен промедол) предусматривает:

- А) транспортную иммобилизацию бедра + лапаротомию;
- Б) рентгенологическое обследование + катетеризацию периферической вены + лапаротомию;
- В) транспортную иммобилизацию + рентгенологическое обследование + катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, лапаротомию;

Г) транспортную иммобилизацию + катетеризацию центральной вены + переливание плазмозаменителей + лапаротомию;
Д) обезболивание перелома бедра, внутритазовую блокаду по Школьникову — Селиванову, транспортную иммобилизацию поврежденной конечности, рентгенологическое обследование, катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, выполнение УЗИ, при нарастающей картине внутрибрюшного кровотечения - лапаротомию.

Раздел 6

ОРТОПЕДИЯ И КОСТНАЯ ПАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Теоретическая часть

1. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика (руководство-справочник). - Минск, "Наука и техника", 1978, с. 512,
2. Ортопедия: нац. рук. с компакт-диском / гл. ред. Г.П. Котельников, С.П. Миронов. – М.: ГЭОТАР- Медиа.- 2008 – 832 с.

Практическая часть

Рефераты:

1. Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости.
2. Остеохондропатии.
3. Неинвазивные методы диагностики сколиоза.
4. Хирургическое лечение сколиоза.

Задача 1.

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 7 месяцев.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности II родов, беременность протекала гладко, роды путём кесарева сечения из-за слабости родовой деятельности в срок 39 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 49 см, вес 3100 г. Привита по возрасту. Наследственность неотягощена. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Перенесла ОРВИ 2 раза.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ребёнок активный, голову держит, активно переворачивается, самостоятельно не сидит, не ползает. При осмотре лёжа на спине отмечается относительное укорочение правой нижней конечности на 0,5 см, последняя несколько ротирована кнаружи и умеренно согнута в тазобедренном и коленном суставе. Кожные покровы не изменены, ссадин, гематом, послеоперационных рубцов, сыпи, участков гиперемии, отёка и местного повышения температуры не

обнаружено. Пальпация области таза и нижних конечностей безболезненна. Движения в коленных, голеностопных суставах в полном объёме, безболезненны. Отведение правого бедра в тазобедренном суставе резко ограничено.

По данным рентгенографии тазобедренных суставов: справа ядро окостенения головки бедренной кости размером 0,4 мм находится в верхнем наружном квадранте, слева до 10 мм находится в нижнем внутреннем квадранте. Ацетабулярный угол (α): справа 37° , слева 29° , угол Виберга (β) справа измерить невозможно, слева 22° . Высоту h справа измерить невозможно (так как ядро окостенения находится выше линии Келлера), слева 10 мм.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие клинические и рентгенологические признаки данного заболевания выявлены у ребёнка?

3. Какие ещё клинические симптомы данного заболевания могут быть в данном возрасте?

4. Объясните, что характеризуют угол Виберга и ацетабулярный угол?

5. Какие элементы схем Хильгенрейнера–Эрлахера и Рейнберга не упомянуты в задаче, предположите возможные варианты их значений в данном клиническом случае?

6. Что такое триада Пути?

7. Какая тактика лечения возможна в данном клиническом случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 1 месяц.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 38 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 48 см, вес 3150 г. Наследственность не отягощена. Привита по возрасту. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Не болела.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ребёнок активный, голову поднимает, но не удерживает. При осмотре лёжа на спине отмечается относительное укорочение правой нижней конечности на 0,5 см, последняя несколько ротирована наружи и умеренно

согнута в тазобедренном и коленном суставе. Положительные симптомы Маркса–Пути–Ортолани, Эттори, Эрлахера и Пельтесона. Кожные покровы не изменены, ссадин, гематом, послеоперационных рубцов, сыпи, участков гиперемии, отёка и местного повышения температуры не обнаружено. Отмечается асимметрия кожных складок. Пальпация области таза и нижних конечностей безболезненна. Движения в коленных, голеностопных суставах в полном объёме, безболезненны. Отведение правого бедра в тазобедренном суставе резко ограничено до 45°.

По данным УЗИ тазобедренных суставов: справа выявлена децентрация хряща головки бедренной кости, но в пределах вертлужной впадины: Тип 3а по Графу. Определяется недоразвитие правой вертлужной впадины. В левом тазобедренном суставе патология не выявлена: сустав 1 тип по Графу.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Когда формируется данная патология? Раскройте суть этиологии и патогенеза заболевания.

3. Какие клинические и эхоскопические признаки данного заболевания выявлены у ребёнка?

4. Объясните суть симптомов Маркса–Пути–Ортолани, Эттори, Эрлахера и Пельтесона?

5. Своевременно ли поставлен диагноз ребёнку? Когда следует проводить первое скрининговое ультразвуковое исследования для исключения рассматриваемой патологии?

6. Какая тактика лечения возможна в данном клиническом случае?

7. Когда и какие дополнительные контрольные диагностические мероприятия следует проводить?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 5 лет. Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности II родов, беременность протекала гладко, роды путём кесарева сечения из-за анатомически узкого таза матери в срок 39 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 50 см, вес 3200 г. Привита по возрасту. Наследственность: со слов мамы бабушка ребёнка с детства хромала на правую ногу. Контакт с инфекционными больными отрицает. В доме карантина нет. Перенесла: только ОРВИ. Начала поздно ходить в 1,5 года. Семья проживает в удалённой местности, на профилактические осмотры к хирургу не приезжали.

При осмотре: ребёнок при ходьбе прихрамывает на правую ногу, положительные симптомы Дюшена–Тренделенбурга, Дюпюитрена и симптом исчезающего пульса на артерии *dorsalis pedis*. Отмечается относительное укорочение правой нижней конечности на 5 см.

По данным рентгенографии тазобедренных суставов: справа головка бедренной кости значительно уменьшена, находится вне суставной впадины в наацетабулярной области. Вертлужная впадина справа значительно уплощена, сглажена. Слева головка бедренной кости развита достаточно, центрирована в конгруэнтной вертлужной впадине. Ацетабулярный угол (α): справа 42° , слева 29° , угол Виберга (β) справа измерить невозможно, слева 29° .

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие клинические и рентгенологические признаки данного заболевания выявлены у ребёнка?
3. Объясните суть симптомов Дюшена–Тренделенбурга, Дюпюитрена и симптом исчезающего пульса на артерии *dorsalis pedis*
4. Какая тактика лечения возможна в данном клиническом случае?
5. Своевременно ли поставлен диагноз ребёнку? Когда следует проводить первое скрининговое ультразвуковое исследование для исключения рассматриваемой патологии?

23

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

Осмотр неонатологом новорождённого мальчика.

Из пренатального анамнеза известно: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 39 недель. Наследственность не отягощена. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 50 см, вес 3400 г.

При осмотре: кожные покровы телесного цвета, чистые. Зев спокоен. Язык влажный, розовый. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Край печени ровный, гладкий. Выявлена деформация обеих нижних конечностей: выраженное подошвенное сгибание, передние отделы стоп приведены к средней линии тела, продольный свод стопы увеличен, определяется поворот подошвенной поверхности стопы кнутри с опусканием наружного края и приподнятием внутреннего. Мануальная коррекция деформации осуществима. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Мочится свободно. Меконий отошёл в родильном зале.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите 4 компонента, составляющих данную патологию.
3. Какая степень заболевания у данного ребёнка?
4. На какие элементы стопы и голеностопного сустава распространяются изменения при данном заболевании и в чём они проявляются?

5. Какое лечение возможно у данного ребёнка?
6. Как проводится оценка эффективности консервативной терапии при данном заболевании?
7. Опишите способы хирургической коррекции рассматриваемого заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком в возрасте 8 лет с жалобами на периодические боли в

24

области правого коленного и тазобедренного сустава после активной физической нагрузки, периодическую хромоту, симптомы проходят после отдыха. Давность жалоб около 3 мес. Травмы, повышения температуры тела в этот период не было. Операций не переносил, на «Д» учёте у узких специалистов не состоит. Наследственность не отягощена.

Локальный статус: определяется незначительная атрофия мышц правого бедра и ягодичной области, умеренное ограничение отведения правого бедра и ограничение его внутренней ротации, незначительная сгибательная контрактура в тазобедренном суставе. Кожные покровы в области правого тазобедренного сустава не изменены, местная температура не увеличена, отёка, гиперемии, гематом не выявлено. Пальпация и перкуссия данной области безболезненна. Осевая нагрузка на нижние конечности выявила умеренную болезненность справа.

По данным рентгенографии тазобедренных суставов: выявлена фрагментация головки правой бедренной кости, наличие секвестров, участков разряжения костной ткани, её неоднородность, уплощение головки, расширение суставной щели.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какая стадия заболевания у данного ребёнка? Сколько всего стадий?
3. Объясните патогенез данного заболевания.
4. В чём заключается проблема ранней диагностики рассматриваемого заболевания?
5. Какая дальнейшая лечебная тактика? Опишите консервативные и хирургические методы лечения данного заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 15 лет с жалобами на искривление позвоночника.

Из анамнеза заболевание: 4 года назад обратили внимание, что правое плечо стало ниже левого, мама решила, что нарушена осанка из-за того, что девочка много сидит за компьютером, купила в ортопедическом салоне мягкий поддерживающий корсет. За медицинской помощью не обращались. В течение 4 лет деформация позвоночника значительно увеличилась.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 37 недель. Оценка по шкале

Апгар 9/9. При рождении рост 49 см, вес 3870 г. Вскармливание грудное. Наследственность не отягощена. Аллергии нет. Привита по возрасту. Перенесла только ОРВИ.

Локальный статус: при осмотре со спины определяется С-образная деформация позвоночного столба влево во фронтальной плоскости, начиная с I грудного до II поясничного позвонка. Правое плечо значительно ниже левого. Угол левой лопатки выше правого на 5 см и выстоит впереди. Треугольники талии не симметричные: правый уменьшен в размере, левый увеличен и расположен выше. Гребень левой подвздошной кости на 2 см выше правого.

По данным рентгенографии позвоночного столба в прямой проекции: выявлено С-образное искривление позвоночного столба влево, начиная с I грудного до II поясничного позвонка. Угол искривления – 145°.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какими способами можно измерить угол искривления при данном заболевании?
3. Что такое индекс стабильности и тест Риссера? Что определяют данные показатели?
4. Какая дальнейшая лечебная тактика? Опишите консервативные и хирургические методы лечения данного заболевания.

Ситуационная задача 7

Во время профилактического осмотра в детском саду детским хирургом мальчика 6 лет выявлено следующее:

При визуальном осмотре определяется уплощение свода стоп ребёнка в свободно свисающем положении и под нагрузкой (вертикализация), в статике и при ходьбе. При осмотре со стороны живота и со спины, если через середину ахиллова сухожилия и центр бугра пяточной кости мысленно провести линию, то стопы имеют наружное отклонение больше 16°. Пятка пронирована, передний отдел стопы супинирован. Плюсневые кости веерообразно расходятся. Большой палец приведён внутрь.

1. Сформулируйте диагноз.
- 26
2. Укажите возможные виды указанного заболевания.
 3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо провести? Объясните их суть.
 4. Опишите возможные варианты консервативного лечения.
 5. Какие показания для хирургического вмешательства, и какие виды оперативных вмешательств используют?

Оценочная часть

1. Врожденную мышечную кривошею следует отнести:
А) к миогенной деформации;

- Б) к десмогенной деформации;
- В) к неврогенной деформации;
- Г) к дермо-десмогенной деформации;
- Д) к конституционной деформации.

2 Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи:

- А) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- Б) травма при родах;
- В) неправильное положение плода;
- Г) воспалительная теория;
- Д) ишемия сердца.

3. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:

- А) в первые 3-5 дней после рождения;
- Б) на 10-14 день после родов;
- В) в месячном возрасте;
- Г) в 3-месячном возрасте;
- Д) клинические симптомы в этот период не выражены.

4. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:

- А) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
- Б) поворотом головы в здоровую сторону;
- В) поворотом головы в пораженную сторону;
- Г) наклоном головы в здоровую сторону;
- Д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.

5. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:

- А) с момента рождения;
- Б) в 2-недельном возрасте;
- В) 2,5 месяцев;
- Г) 0,5-1 год;
- Д) после 1 года.

6. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано:

- А) до 5 мес;
- Б) до 1 года;
- В) до 2 лет;
- Г) до 3 лет;
- Д) в 3-4 года.

7. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются:

- А) нарастающая асимметрия лица и шеи;
- Б) нарушение осанки;
- В) нарушение остроты зрения;
- Г) стробизм сходящийся и расходящийся;
- Д) нарушения осанки и зрения.

8. Болезнь Клиппель-Фейля — это:

- А) врожденный синостоз шейных и верхне-грудных позвонков с незаращением дужек;
- Б) наличие шейных ребер;
- В) приобретенный подвывих I шейного позвонка воспалительной этиологии;
- Г) острая мышечная кривошея;

Д) крыловидная шея.

9. Сколиоз в большей степени возникает:

- А) при сутулой спине;
- Б) при прямой спине;
- В) при усилении лордоза;
- Г) при плоской спине;
- Д) при сутулой спине с лордозом.

10. Понятие «спондилолиз» означает:

- А) отсутствие костного сращения дужек с телом;
- Б) расщепление тел позвонков;
- В) изменение форм позвонков (фронтальное);
- Г) изолированное смещение тел позвонков;
- Д) изменение форм позвонков (саггитальное).

11. Понятие «переходящий пояснично-крестцовый позвонок» (по Шморлю) означает:

- А) люмбализацию;
- Б) сакрализацию;
- В) люмбализацию, сакрализацию;
- Г) деформацию поясничных позвонков;
- Д) деформацию крестцового позвонка.

12. Понятие «люмбалпзация» означает:

- А) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового;
- Б) сращение нескольких поясничных позвонков;
- В) добавочный клиновидный поясничный позвонок;
- Г) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12;
- Д) расщепление тела поясничного позвонка.

13. Характерным рентгенологическим признаком спондилолистеза, позволяющим выявить начальные фазы смещения, является:

- А) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков;
- Б) щель просветления между дужками и телом позвонка;
- В) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка;
- Г) щель просветления между апофизами остистых отростков.

14. Оперативное вмешательство при полидактилии проводится:

- А) в первые месяцы жизни;
- Б) в первый год жизни;
- В) до 3 лет;
- Г) 3-5 лет;
- Д) после 5 лет.

15. Абсолютным показанием к оперативному лечению радио-ульнарного синостоза является:

- А) нет абсолютных показаний;
- Б) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья;
- В) лучевая косорукость;
- Г) локтевая косорукость;
- Д) нарушение функции в локтевом суставе.

16. Показания к оперативному лечению врожденного вывиха головки лучевой кости у ребенка 5-6 лет:

- А) абсолютные;
- Б) искривление лучевой кости более 40°;
- В) болевые ощущения;
- Г) ограниченные движения и болевые ощущения после окончания периода роста;
- Д) ограничение ротационных движений.

17. Оперативное лечение врожденной косорукости (костнопластическое замещение дефекта кости) следует проводить:

- А) в первые месяцы жизни;
- Б) до 3 лет;
- В) в 3-5 лет;
- Г) в 5-7 лет;
- Д) в 10-12 лет.

18. Деформация Маделунга — это:

- А) штыкообразная деформация кисти и предплечья;
- Б) лучевая косорукость;
- В) локтевая косорукость;
- Г) укорочение костей предплечья;
- Д) сгибательная контрактура.

19. Наиболее эффективным методом лечения болезни Нотта является:

- А) иссечение кольцевидной связки;
- Б) инъекция гидрокортизона в кольцевидную связку;
- В) ЛФК, массаж;
- Г) фонофорез с гидрокортизоном;
- Д) инъекция гидрокортизона с последующей физиотерапией.

20. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается:

- А) из приведения, супинации и подошвенного сгибания;
- Б) из отведения, супинации и подошвенного сгибания;
- В) из приведения, пронации и тыльного сгибания;
- Г) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении;
- Д) из эквинусной установки стопы.

21. Наиболее вероятный этиопатогенез истинного врожденного вывиха бедра, выявляемого с первых дней постнатального периода:

- А) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей;
- Б) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей;
- В) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей;
- Г) невыгодное положение плода с отведением бедер;
- Д) патология беременности.

22. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- А) ограничение отведения бедер;
- Б) симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание);
- В) укорочение ножки;
- Г) асимметрия ножных складок;
- Д) наружная ротация ножки.

23. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:

- А) в период новорожденности;
- Б) в первые полгода жизни;

- В) до 1 года;
- Г) показано оперативное лечение;
- Д) в возрасте от 1 года до 3 лет.

24. Показаниями к простому оперативному вправлению врожденного вывиха бедра является:

- А) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось;
- Б) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным;
- В) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке;
- Г) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости;
- Д) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине.

25. Не замеченная вовремя болевая контрактура приводящих мышц при лечении врожденного вывиха с помощью шины Виленс-кого может привести:

- А) к асептическому некрозу головки бедренной кости;
- Б) к шоку;
- В) к разрыву капсулы;
- Г) к скручиванию бедра;
- Д) к нарушению кровообращения в стопах.

26. При врожденной рекурвации голени в первые недели жизни лечение включает:

- А) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин;
- Б) ЛФК + тугор;
- В) остеомию;
- Г) остеоклазию;
- Д) не требует лечения.

27. Оперативное лечение косоплоскости проводится в сроки:

- А) новорожденности;
- Б) 1-3 года;
- В) 3-7 лет;
- Г) 7-10 лет;
- Д) не имеет значения.

28. Лечение плоско-вальгусной стопы включает:

- А) этапные гипсовые повязки;
- Б) лонгеты из поливика + ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц;
- В) ношение ортопедической обуви;
- Г) ЛФК, массаж;
- Д) лечения не требует.

29. Показания к оперативному лечению постостеомиелитических деформаций конечностей у детей возможно ставить:

- А) при затухающей стадии процесса;
- Б) при хронической форме остеомиелита;
- В) при свищевой форме;
- Г) в период ремиссии;
- Д) не менее, чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления.

30. При диагностике специфических поражений костей и суставов наиболее достоверным является:
- А) клиническое обследование;
 - Б) рентгенологическое обследование;
 - В) теплографическое обследование;
 - Г) томография;
 - Д) бактериологическое обследование.
31. Вальгусная деформация конечности может развиваться в случае консервативного лечения:
- А) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости;
 - Б) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости;
 - В) при переломе двух костей голени в средней трети;
 - Г) при переломе малоберцовой кости;
 - Д) при переломе межмышечного возвышения.
32. У ребенка закрытый чрезмышечный разгибательный перелом плечевой кости с полным смещением. Пальцы кисти бледные, пульс на лучевой артерии резко ослаблен. Оптимальной лечебной тактикой у него, направленной на предупреждение ишемической контрактуры Фолькмана, будет:
- А) закрытая ручная репозиция, гипсовая иммобилизация;
 - Б) закрытая ручная репозиция, чрескожная фиксация отломка спицами;
 - В) открытая репозиция, костный шов;
 - Г) открытая репозиция, ревизия сосудистого пучка, фиксация отломка спицами;
 - Д) скелетное вытяжение.
33. При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
- А) торсия позвонков;
 - Б) слабость мышечного корсета;
 - В) асимметрия уровня расположения лопаток;
 - Г) разница треугольников талии;
 - Д) круглая спина.
34. Тотальный кифоз может рассматриваться физиологическим:
- А) у новорожденных и грудных детей;
 - Б) у детей до 3-5 лет;
 - В) у детей от 5 до 10 лет;
 - Г) у детей от 10 до 15 лет;
 - Д) старше 15 лет.
35. При полиомиелите чаще всего страдает:
- А) средняя и малая ягодичные мышцы;
 - Б) большая ягодичная мышца;
 - В) приводящие мышцы бедра;
 - Г) отводящие мышцы бедра;
 - Д) все перечисленные мышцы вместе взятые.
36. Дисхондроплазия, как разновидность хондродисплазии скелета - это:
- А) опухоль, исходящая из хрящевой ткани;
 - Б) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща;
 - В) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте;
 - Г) заболевание воспалительного характера;

Д) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани.

37. Наиболее часто поражаются дисхондроплазией (болезнь Олье):

- А) позвоночник;
- Б) кости предплюсны;
- В) кости таза, бедренные и плюсневые кости;
- Г) пальцы кисти, стопы, поясничные кости;
- Д) кости черепа.

38. Понятие «метафизарная форма хондродисплазии» — это:

- А) системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте;
- Б) злокачественное образование кости;
- В) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения;
- Г) злокачественная опухоль хрящевого происхождения;
- Д) рахитоподобное заболевание.

39. Клинические проявления метафизарной хондродисплазии выражаются:

- А) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами;
- Б) искривлением конечностей типа «пастушьей палки»;
- В) увеличение в объеме суставов за счет выпота и воспаления;
- Г) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах;
- Д) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов.

40. К рентгенологическим признакам метафизарной хондродисплазии относятся:

- А) зоны роста не расширены;
- Б) эпифизы имеют нормальный вид;
- В) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены;
- Г) резко склерозированы кости основания черепа;
- Д) овальные очаги разрежения штампованной формы «луковичный» периостит.

41. Понятие «экзостозная хондродисплазия» — это:

- А) порок развития эпифизарного хряща, проявляющийся разрастанием в метафизарных отделах кости;
- Б) доброкачественная опухоль;
- В) злокачественная опухоль;
- Г) порок развития мезенхимы кости;
- Д) заболевание воспалительного характера.

42. Клинические проявления экзостозной хондродисплазии выражаются:

- А) плотным безболезненным образованием, располагающимся вблизи от зоны роста;
- Б) резко болезненным образованием;
- В) нерезкими ночными болями с воспалительной реакцией крови;
- Г) резким ухудшением общего состояния, отеком больной конечности, болью;
- Д) «утиной» походкой.

43. Ахондроплазия — это:

- А) системное поражение скелета, связанное с пороком развития мшдробластической системы, аномалией развития и роста хряща;
- Б) последствия внутриутробного сифилиса;
- В) последствия внутриутробного рахита;
- Г) нейро-эндокринное заболевание;
- Д) повышение давления амниотической жидкости.

44. Ведущими симптомами ахондроплазии являются:

- А) ночные боли, мышечная гипотония;
- Б) макроцефалия, микромелия, извращения и замедление эпифизарного роста, вальгусные и варусные деформации;
- В) умственная отсталость, нейро-эндокринные нарушения;
- Г) «утиная» походка;
- Д) акромегалия, гигантизм.

45. Болезнь Блаунта — это:

- А) извращение развития росткового хряща (дисплазия) с разрыхлением и разрежением медиальной части эпифизарной пластинки с последующей ее оссификацией, поражается проксимальный эпифиз большеберцовой кости;
- Б) последствие перенесенного остеомиелита большеберцовой кости;
- В) рахитоподобное заболевание;
- Г) дисплазия росткового хряща верхнего конца большеберцовой кости;
- Д) остеохондропатия головки бедренной кости.

46. Причиной возникновения болезни Маделунга является:

- А) дисплазия дистальной ростковой зоны кости;
- Б) опухоль;
- В) остеомиелит бедренной кости;
- Г) травма;
- Д) дисплазия росткового хряща локтевой кости.

47. Спондилоэпифизарная дисплазия обусловлена:

- А) нарушением развития эпифизов, в том числе и эпифизарных зон тел позвонков;
- Б) системным нарушением развития мышечной ткани;
- В) аномалией развития почек;
- Г) нарушением процессов оссификации;
- Д) нейро-эндокринными нарушениями.

48. Клинические проявления спондило-эпифизарной дисплазии выражаются:

- А) хромотой, быстрой утомляемостью, деформацией конечностей, сколиозом, контрактурами в суставах, мышечной слабостью, нарушением зрения;
- Б) укорочением больной конечности, патологическими переломами диафиза, крупными пигментными пятнами;
- В) болезненностью очага поражения, увеличением венозного рисунка, припухлостью;
- Г) врожденной ломкостью костей;
- Д) корешковыми симптомами, дисфункцией тазовых органов, нарушением роста кости.

49. Рентгенологические признаки спондило-эпифизарной дисплазии проявляются:

- А) изменением эпифизов всех трубчатых костей (уплощены), неправильным соотношением шейного отдела позвоночника и основания черепа;
- Б) полупозвонками, нарушением количества позвонков в шейном отделе;
- В) костными выростами вблизи ростковых зон;
- Г) сращением нескольких позвонков между собой, фиброзными анкилозами в суставах.

50. По локализации выделяют следующие формы фиброзной остеодисплазии:

- А) полиоссальную, монооссальную, региональную;
- Б) суставную, диафизарную;
- В) субкортикальную, субхондральную;
- Г) висцеральную, краниальную;
- Д) распространенную и изолированную, точечную.

51. К наиболее важным симптомам синдрома Олбрайта относятся:

- А) одностороннее, полиоссальное поражение типа фиброзной дисплазии, преждевременное половое созревание, пятна светло-кофейного цвета на коже;
- Б) поражения костей черепа в области турецкого седла;
- В) наличие гормональных нарушений, отсутствие нарушений роста кости в длину;
- Г) деформации костей таза, ребер, ключицы, отсутствие поражений кожи;
- Д) гидроцефалия, а мел и я.

52. Фиброзный метафизарный дефект в отличие от очаговой формы фиброзной дисплазии имеет следующие особенности:

- А) размеры не превышают 3-4 см, отсутствуют жалобы и выбухание надкостницы;
- Б) формой очага;
- В) количеством очагов поражения;
- Г) выбуханием надкостницы;
- Д) размеры очага 5-10 см.

53. Основными рентгенологическими признаками очаговой фиброзной дисплазии является:

- А) очаг поражения имеет четкие границы с четкой пограничной склеротической каймой, большой очаг может включать в себя несколько маленьких диаметром 1-2 см, при больших размерах отмечается вздутие кости;
- Б) симптом козырька, вкрапление извести в окружающих очаг тканях;
- В) наиболее частая локализация - диафиз;
- Г) остеопороз («луковичный» периостит);
- Д) нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.

54. Основные рентгенологические признаки диффузной формы фиброзной дисплазии выражаются:

- А) разрежением в области очага поражения, без четких границ, склероз выражен меньше, пятнистый остеопороз, вздутие кости;
- Б) «луковичным периоститом» штампованным видом очага;
- В) отсутствием перехода в кистозную стадию и патологических переломов;
- Г) отсутствие склеротического ободка, гомогенной местами ячеистой структурой кости;
- Д) большой зоной склероза вокруг очага, субкортикальной локализацией, но не поднадкостничной.

55. «Эозинофильная гранулема» — это:

- А) заболевание, выражающееся в очаговом скоплении в костях эозинофильных лейкоцитов;
- Б) системное заболевание крови и кроветворных органов;
- В) осложнение, развивающееся при лейкозе;
- Г) хронический очаг воспаления в кости;
- Д) порок развития в кости.

56. Этиология эозинофильной гранулемы:

- А) диспластическое поражение ретикулоэндотелия костной системы;
- Б) последствие травмы;
- В) бактериальное поражение кости;
- Г) зоопаразитарное заболевание;
- Д) хронический очаг воспаления.

57. Лечение эозинофильной гранулемы:

- А) только оперативное;
- Б) только рентгенотерапия;

- В) химиотерапия и оперативное лечение;
- Г) химиотерапия;
- Д) лучевая терапия.

58. Для эозинофильной гранулемы характерны:

- А) болезненность, припухлость в области очага поражения, расширение вен, повышение местной температуры;
- Б) атрофия мышц конечности, ограничение подвижности в суставе;
- В) гидроцефалия, низкий рост за счет укорочения конечностей;
- Г) резкое ухудшение общего самочувствия на фоне резких болей в конечности;
- Д) начало заболевания бессимптомное, выявляется случайно при возникновении патологических переломов.

59. При эозинофильной гранулеме наиболее часто поражаются:

- А) бедренная кость и кости таза;
- Б) кости стопы;
- В) кости черепа;
- Г) фаланги пальцев;
- Д) лучевая большеберцовая.

60. К наиболее характерным симптомам рентгенологической картины при эозинофильной гранулеме относятся:

- А) очаги разряжения яйцевидной формы с полициклическими краями «луковичный» периостит;
- Б) отсутствие четких границ, прорастание в мягкие ткани;
- В) поражение эпифиза, позднее появление ядер окостенения, бахромчатый вид эпифиза;
- Г) варусная деформация диафиза кости, укорочение;
- Д) нарушение линии Шентона, отсутствие ядер окостенения в головках бедер.

61. Наиболее характерные деформации нижних конечностей при рахите — это:

- А) варусная или вальгусная деформация голени;
- Б) резкая атрофия конечности;
- В) опухолевидное образование в области зоны роста;
- Г) гипертрофия конечности;
- Д) деформация всех крупных суставов, ограничение подвижности.

62. Болезнь Келлер-1 — это:

- А) остеохондропатия плюсневых костей;
- Б) остеохондропатия ладьевидной кости;
- В) атипичная форма остеомиелита костей стопы;
- Г) остеохондропатия бугристой большеберцовой кости;
- Д) остеохондропатия тел позвонков.

63. Понятие «остеома» — это:

- А) порок развития, связанный с нарушением процесса оссификации;
- Б) доброкачественная первичная опухоль скелета, имеющая наиболее простое гистологическое строение, продуцирующая в себе костную ткань;
- В) злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль;
- Г) порок развития костной ткани;
- Д) атипично протекающий воспалительный процесс в костной ткани.

64. Наиболее типичными клиническими проявлениями остеомы является:

- А) плотное неподвижное образование, растет в любом направлении. Головная боль присоединяется при поражении костей черепа;

- Б) протекает бессимптомно, выявляется при обследовании случайно;
- В) ухудшение общего самочувствия, резкие боли в пораженной конечности;
- Г) располагается образование вблизи ростковых зон, растет в направлении диафиза;
- Д) укорочение конечности, боли при физической нагрузке.

65. К рентгенологическим признакам остеомы относятся:

- А) опухоль является продолжением костного вещества, имеет ровные и четкие границы с окружающими тканями;
- Б) имеется остеопороз и деструкция в зоне поражения, отслоение надкостницы;
- В) головки бедренных костей остеопорозны, фрагментированы;
- Г) опухоль прорастает в мягкие ткани и не имеет четких границ;
- Д) опухоль располагается в метафизарной зоне, имеет направление роста к центру диафиза холмовидной или грибовидной формы.

66..Лечение остеомы:

- А) оперативное;
- Б) химиотерапия;
- В) рентгено-радиооблучение очага с последующим оперативным лечением;
- Г) наблюдение (самоизлечение с возрастом);
- Д) наблюдение и оперативное лечение при быстром росте и озло-качествлении.

67..Рентгенологически сходны с остеомой:

- А) эктостозная хондродисплазия, ахондродисплазия;
- Б) параоссальная саркома, остеонид остеомы, экзостоз;
- В) остеобластокластома, эозинофильная гранулема;
- Г) остеогенная саркома, остеохондрома;
- Д) хондросаркома.

68. «Остеонид-остеома» — это:

- А) доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- Б) злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- В) осложнение хронически протекающего воспалительного процесса;
- Г) нарушение процесса оссификации кости;
- Д) атипичная форма остеомиелита.

69.К наиболее характерным симптомам остеонид-остеомы относится:

- А) ноющие ночные боли, усиливающиеся с течением болезни болезненная припухлость в области очага поражения;
- Б) укорочение конечности, боли при длительной физической нагрузке;
- В) выпот в области пораженного сустава, контрактура, боль только при движении;
- Г) протекает бессимптомно, выявляется случайно как рентгенологическая находка;
- Д) резкие пульсирующие боли, отек больной конечности.

70.Рентгенологическая картина при остеонид-остеоме включает следующие признаки:

- А) гнездо с крошечными «секвестрами», окруженное зоной склероза, отмечается утолщение кости в месте патологического очага;
- Б) отмечается дефект в кортикальном отделе, метафизарной части кости с четкой склеротической каймой;
- В) бокаловидное утолщение метафизов, остеопороз;
- Г) очаг шаровидной или штампованной без окружающей зоны склероза «луковичный» периостит;
- Д) очаговый остеопороз, смазанные контуры кости.

71.Дифференциальную диагностику при остеонид-остеоме следует проводить:

- А) с изолированным абсцессом кости;
- Б) с остеопойкилией, «мраморной» болезнью;
- В) с «мраморной» болезнью, экзостозной хондродистрофией;
- Г) фиброзной остеодисплазией, корковым фиброзным метафизарным дефектом;
- Д) эозинофильной гранулемой, болезнью Олье.

72. Основной метод лечения остеид-остеомы:

- А) хирургический;
- Б) наблюдение, самоизлечение при наступлении периода полового созревания;
- В) лучевая терапия;
- Г) химиотерапия и оперативное лечение;
- Д) рентгенотерапия.

73. Наиболее частая локализация остеид-остеомы:

- А) бедренная, большеберцовая, плечевая кости;
- Б) позвоночник, кости стопы;
- В) малоберцовая кость, кость таза;
- Г) лопатка, кости кисти;
- Д) кости черепа.

74. Типичная локализация остеогенной саркомы:

- А) нижняя треть бедра, верхняя треть голени;
- Б) верхняя треть бедра, нижняя треть голени;
- В) кости таза;
- Г) кости предплечья;
- Д) кости стопы, кости черепа.

75. Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками:

- А) боли в покое, припухлость, болевая контрактура;
- Б) повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов;
- В) боли нет, припухлость, гиперемия;
- Г) боль при движениях, хромота;
- Д) патологическая подвижность в области наибольшей болезненности.

76. Рентгенологическая картина при остеогенной саркоме характеризуется:

- А) пятнистыми очагами разряжения, уплотнением кости с развитыми контурами внутри метафиза, симптом «козырька»;
- Б) отсутствием отслоения надкостницы (симптома «козырька»);
- В) остеопорозом кости, окруженным зоной склероза;
- Г) отсутствием четкой границы проникновения в мягкие ткани;
- Д) бокаловидным расширением метафизов, искривлением оси конечности.

77. Лечение остеогенных сарком:

- А) высокая ампутация конечности;
- Б) резекция опухоли;
- В) химиотерапия;
- Г) лучевая терапия и оперативное лечение;
- Д) лучевая терапия.

78. Типичная локализация хондром:

- А) кости стопы и кисти, ребра, грудина;
- Б) бедренная, большеберцовая кости;
- В) плечевая кость, кости таза;

- Г) кости черепа;
- Д) кости предплечья.

79. Клинические проявления при хондромах:

- А) боли, чувство неудобства в кости;
- Б) отсутствие припухлости в области поражения, патологический перелом;
- В) жалоб не предъявляет;
- Г) гиперемия участка поражения, припухлость;
- Д) наличие деформаций.

Раздел 7. УРОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА

Теоретическая часть.

1. Детская урология-андрология: учеб.пособие / М.П.Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих 2011.- 128с.
2. Пугачёв. А.Г. Детская урология/ Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 - 832 с.
3. Киста почки у детей. Клинические рекомендации. Союз педиатров, ассоциация специалистов детских урологов-андрологов, 2024. – 41 с.
4. Стриктура уретры у детей. Клинические рекомендации, ассоциация детских хирургов. – 2024. – 31 с.
5. Камни нижних отделов мочевых путей. Клинические рекомендации. ООО «Российское общество урологов», Ассоциация специалистов детских урологов-андрологов, 2024. – 41 с.

Практическая часть.

Рефераты:

1. Экстрофия мочевого пузыря.
2. Хирургическое лечение пузырно-мочеточниково-лоханочного рефлюкса.
3. Хирургическое лечение микроцистис.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу пришла мама с девочкой 8 месяцев с жалобами на изменения в левой почке по результатам УЗИ. УЗИ почек сделали впервые, до этого профилактических осмотров и исследований не проходили.

Из анамнеза известно, что девочка от I беременности I роды, роды физиологические в срок 39 недель. Закричала сразу, оценка по Шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание искусственное. Растёт и развивается по возрасту. Не привита, отказ матери. Травм и операций не было. Перенесла ушиб головного мозга в 3 мес.

При физикальном осмотре: Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Наружное отверстие уретры расположено типично. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая.

По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 62×23 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 11 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка расположена типично, размером 72×41 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 3,3 мм, дифференцировки на слои нет, кровоток по данным ЦДК обеднён. Переднезадний размер лоханки 32 мм, верхняя чашечка – 18 мм, средняя группа чашечек до 11 мм, нижняя группа чашечек до 9 мм. Мочеточник не визуализируется. Мочевой пузырь объёмом 100 мл, после микции остаточной мочи нет. Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились.

По данным микционной цистографии – пузырно-мочеточниковых рефлюксов не выявлено.

ОАМ – соломенного цвета, плотность 1020, эп – отр, лей – 1–2, эр – отр, бакт – отр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести, с какой целью?
3. Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом клиническом случае.
4. Возможно ли было поставить диагноз раньше? Каким способом?
5. Какова тактика лечения при ранней диагностике данного заболевания?
6. Какая лечебная тактика должна быть в рассматриваемом клиническом случае?
7. Какие возможные осложнения у данного заболевания?
8. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

В отделении детской урологии находится мальчик возраста 3 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности I роды, роды физиологические в срок 38 недель. При проведении III УЗ скрининга была выявлена пиелоэктазия правой почки. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание искусственное. Растёт и развивается по возрасту. Привит по календарю. Травм и операций не было, ничем не болел.

Объективно: температура тела – 36,5 °С, пульс – 120 уд./мин, ЧСС 34 уд./мин, АД – 90/50 мм рт. ст.

При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, чистые, нормальной температуры и влажности. Тургор ткани сохранён. Периферических отёков нет. Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, моче-вой пузырь не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Головка полового члена выводится из препуциального мешка. Наружное отверстие уретры расположено типично. Мочеиспускание свободное, безболезненное, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции, моча светлая.

По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: левая почка расположена типично, размером 49×25 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 10 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не визуализируется. Правая почка расположена типично, размером 60×35 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 3,5 мм, дифференцировки на слои нет, кровоток по данным ЦДК обеднён. Передне-задний размер лоханки 30 мм, верхняя чашечка – 15 мм, средняя группа чашечек до 10 мм, нижняя группа чашечек до 8 мм. В верхней трети мочеточник диаметром 10 мм, в нижней трети мочеточник 15 мм. Мочевой пузырь объёмом 50 мл. Мочеточниковые выбросы слева прослеживаются, 5 в минуту, справа удалось зафиксировать 1 мочеточниковый выброс за минуту, с низкой скоростью, удлинён по времени, деформирован по форме (более пологий). Остаточной

мочи после микции нет. Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились.

По данным цистоскопии: оба устья визуализируются в вершинах треугольника Лъето. Левое устье щелевидное, сокращается, выбросы прослеживаются. Правое устье точечное, попытка бужирования стентом и струной безуспешна.

ОАМ – соломенного цвета, плотность 1020, белок – отрицательно, эпителий – отрицательно, лейкоциты – 1–2 в поле зрения, эритроциты – отрицательно, бактерии – отрицательно.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования не указаны в задаче, но их необходимо было провести при данной патологии?

3. Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом клиническом случае.

4. Как данные пренатальной диагностики коррелируют с вашим диагнозом?

5. Какая лечебная тактика должна быть в рассматриваемом клиническом случае, предложите варианты паллиативного и радикального лечения?

6. Какие возможные осложнения у данного заболевания?

7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

Мальчик 9 месяцев поступил в отделение урологии в плановом порядке.

Анамнез: с рождения отсутствует яичко в правой паховой области. Был проведён 1 курс лечения инъекциями хорионического гонадотропина – без эффекта. Осмотр при поступлении. Локальный статус: наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член не искривлён, нормальных размеров, девиации нет. Головка полового члена полностью выводится, рубцовых и гипертрофических изменений крайней плоти нет. Меатус расположен типично, губки уретры розовые. Признаков воспаления, отделяемого нет. Мошонка асимметрична за счёт уменьшения правой половины, где отсутствует яичко. Левое яичко в мошонке, размером 1,5×1,0 см, эластичное, безболезненное при

пальпации. В паховой области справа пальпируется овальное образование, размером 1,5×1,0 см, эластичное, безболезненное при пальпации, кожа в проекции данного образования не изменена. Мануальное опускание яичко в мошонку невозможно. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул в норме.

ОАК – эритроциты $5,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 145 г/л, тромбоциты $390 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, лимфоциты 40%, моноциты 4%, эозинофилы 0%, нейтрофилы 41% (палочкоядерные –1%, сегментоядерные – 47%), базофилы – 1%, СОЭ – 4 мм/ч.

ОАМ – прозрачная, соломенно-жёлтого цвета, плотность 1019, рН 7,0, эпителий – нет, цилиндры – нет, эритроциты – отрицательно, лейкоциты 1–2 в поле зрения, бактерии – нет.

В биохимическом анализе крови: общий белок 70 г/л, билирубин общий 5 ммоль/л, глюкоза 3,3 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л, креатинин 40 ммоль/л, амилаза 80 Ед/л, АЛТ 14 Ед/л, АСТ 14 Ед/л, С-реактивный белок – отрицательно.

УЗИ правой паховой области: в правой паховой области определяется яичко, размером 1,73×0,68×0,5 см, эхогенность нормальная, кровоток по данным ЦДК сохранён.

1. Поставьте диагноз.
2. Подтверждают ли данные УЗИ Ваш диагноз?
3. До какого возраста данное состояние можно считать физиологическим?
4. Какие формы данного заболевания существуют?
5. Какие заболевания входят в дифференциальный ряд к данному?
6. Какой возможный этиопатогенез данного заболевания?
7. Объясните цель консервативной терапии. Какие препараты можно использовать?
8. Какая дальнейшая лечебная тактика показана в данном клиническом случае, опишите её подробно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу для профилактического осмотра пришла мама с мальчиком 6 месяцев.

Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности, роды физиологические в срок 39 недель. Закричал сразу, оценка по Шкале Апгар 9/9 баллов. Вскармливание грудное. Растёт и развивается по возрасту. Травм и операций не было, ничем не болел.

При физикальном осмотре: Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой член развит правильно, не искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью, полностью не выводится, но рубцовых изменений нет, губки уретры розовые, отделяемого нет. Мочится свободно, безболезненно, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции. Мошонка асимметрична за счёт уменьшения правой половины, где отсутствует яичко. В паховой области яичко так же не определяется. В надлобковой области, в области внутренней поверхности бёдер патологических образований также не выявлено. Левое яичко в мошонке, размером 1×0,5 см, эластичное, безболезненное при пальпации.

1. Сформулируйте возможные диагнозы.
2. Какие дополнительные методы исследования возможно провести? Оцените их информативность.
3. В каком возрасте необходимо верифицировать диагноз, почему?
4. Какая дальнейшая тактика при верификации диагноза?
5. Какие возможные осложнения при отсутствии лечения?
6. Необходимо ли диспансерное наблюдения за данным ребёнком? С какой целью?
7. Какой вероятный прогноз фертильности у данного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу для профилактического осмотра пришла мама с мальчиком 1 год. Жалобы при осмотре на увеличенную с рождения левую половину мошонки, не меняющую свои размеры.

Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности, роды физиологические в срок 38,5 недель. Закричал сразу, оценка по Шкале Апгар 8/9 баллов. Растёт и развивается по возрасту. Травм и операций не было, перенёс три месяца назад коронавирусную инфекцию.

При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Тургор тканей сохранён. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные, налёта нет. Живот чуть выше рёберных дуг, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации,

патологических образований не определяется, почки, мочевой пузырь не пальпируются. Грыжевых выпячиваний в области передней брюшной стенки не определяется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой член развит правильно, не искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью, полностью не выводится, имеются синехии вокруг венечной борозды, смегмолитов не выявлено, рубцовых изменений, гипертрофии крайней плоти нет, губки уретры розовые, отделяемого нет. Мошонка асимметрична за счёт увеличения левой её половины. Кожные складки левой половины мошонки умеренно сглажены, отёка, гиперемии, болезненности при пальпации не определяется. При пальпации определяется мягко-эластичное жидкостное образование, левое яичко пальпируется внутри данного образования. Правое яичко в правой половины мошонки, размером $2 \times 1 \times 1,2$ см, эластичной консистенции, безболезненное, придаток $0,5 \times 0,3$ см, эластичный, безболезненный не увеличен. Пальпация семенных канатиков с двух сторон беспокойство ребёнка не вызвало, патологических образований не выявило. Паховые области визуально не изменены, безболезненны при пальпации, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружных паховых колец не выявлено. Ребёнок со слов мамы мочится свободно, безболезненно, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции.

1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования возможно провести? Оцените их информативность. 3. Укажите дифференциальный ряд при данном заболевании. 4. Объясните этиологию и патогенез данного заболевания. 5. Сформулируйте рекомендации данному ребёнку после амбулаторного осмотра. 6. Какое лечение необходимо при указанном заболевании и в каком возрасте? 7. Какой вероятный прогноз фертильности у данного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

На профилактическом осмотре в детском саду детским урологом-андрологом осматривается мальчик 6 лет. При физикальном осмотре: кожные покровы телесного цвета, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Тургор тканей сохранён. Видимые слизистые розовые, блестящие,

влажные, налёта нет. Живот на уровне рёберных дуг, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Грыжевых выпячиваний в области передней брюшной стенки не определяется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой член развит правильно, не искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью, не выводится из препуциального мешка, на конце крайней плоти определяется круглый белесоватый рубец. Отёка, гиперемии, отделяемого, болезненности при пальпации нет. Мошонка симметрична, отёка, гиперемии не определяется. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации, размером $2,5 \times 1,5 \times 1,4$ см каждое, придатки пальпируются, безболезненные, не увеличены. Пальпация семенных канатиков с двух сторон безболезненна. Жалобы ребёнка не вызвало, патологических образований не выявлено. Паховые области визуально не изменены, безболезненны при пальпации, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружных паховых колец не выявлено. Со слов ребёнка он мочится свободно, безболезненно, не тужится, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие виды данного заболевания Вы знаете. 3. С каким заболеванием необходимо дифференцировать? 4. Какие осложнения может иметь рассматриваемое заболевание? 5. Какое лечение необходимо при указанном заболевании и в каком возрасте?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

На профилактическом осмотре к детскому урологу-андрологу пришёл юноша 16 лет. Жалоб активно не предъявляет. На диспансерном учёте у уролога не состоит, травм и операций на органах мочеполовой системы не было. При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Тургор тканей сохранён. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные, налёта нет. Живот чуть ниже уровня рёберных дуг, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются, болезненности нет. Грыжевых выпячиваний в области передней брюшной стенки не определяется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой

член развит правильно, не искривлён, головка поло-вого члена прикрыта крайней плотью, полностью выводится из препуциального мешка, меатус расположен типично, нормального диаметра, губки уретры розовые, отделяемого нет. Мошонка асимметрична за счёт увеличения левой половины, отёка, гиперемии кожи мошонки не определяется. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации, размером 4,5×3,5×3,4 см каждое, придатки пальпируются, безболезненные, не увеличены. В левой половине мошонки латеральное яичко определяется мягко-эластичное гроздьевидное образование, не спаянное с окружающими тканями и безболезненное при пальпации. Проба Вальсальвы положительна слева. Пальпация семенных канатиков с двух сторон беспокойство ребёнка не вызвало, патологических образований не выявило. Паховые области визуально не изменены, безболезненны при пальпации, патологических образований, увеличенных лим-фатических узлов, расширения наружных паховых колец не выявлено. Со слов ребёнка он мочится свободно, безболезненно, не тужится, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие виды данного заболевания Вы знаете? 3. Объясните возможные варианты патогенеза развития данного заболевания. 4. Объясните суть пробы Вальсальвы. 5. В каком дополнительном обследовании нуждается указанный пациент? 6. Укажите показания к оперативному вмешательству. 7. Какие виды оперативного вмешательства рекомендованы при данном заболевании? 8. Какие могут быть осложнения у рассматриваемого заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

Осмотр новорождённого 3 суток в родильном доме. Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности, роды физиологические в срок 39 недель. Закричал сразу, оценка по Шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание грудное. Привит. Пренатальный анамнез не осложнён. При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Тургор тканей сохранён. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные, налёта нет. Живот выше уровня рёберных дуг, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются, болезненности нет. Грыжевых

выпячиваний в области передней брюшной стенки не определяется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без признаков воспаления. Половой член вентрально искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью не полностью, отсутствует на вентральной части, меатус на головке отсутствует, сама головка расщеплена на вентральной поверхности. Меатус определяется на вентральной части ствола полового члена в 0,5 см проксимальнее венечной борозды. Меатус нормального диаметра, отделяемого нет. Мошонка симметрична, отёка, гиперемии не определяется. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации, размером 1×0,7×0,5 см каждое. Пальпация семенных канатиков с двух сторон беспокойство ребёнка не вызвало, патологических образований не выявило. Паховые области визуально не изменены, безболезненны при пальпации, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружных паховых колец не выявлено. Со слов мамы ребёнок мочится свободно, безболезненно, не тужится, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие виды данного заболевания Вы знаете?
3. Перечислите основные анатомо-морфологические составляющие данного порока?
4. Какое осложнение может быть у данного заболевания?
5. Какие рекомендации необходимо дать матери после осмотра?
6. Какие виды оперативного вмешательства рекомендованы при данном заболевании, в каком возрасте и почему?
7. Существует ли консервативная терапия данного заболевания?
8. Какие могут быть осложнения после оперативного вмешательства у рассматриваемого заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

В экстренном порядке к детскому урологу-андрологу поликлиники обратился мальчик 10 лет с жалобой на боли в правом яичке. Из анамнеза заболевания: боли появились 5–6 ч назад, на фоне полного здоровья, травму отрицает, лекарства не принимал. При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Тургор тканей сохранён. Видимые слизистые розовые, блестящие, влажные, налёта нет. Живот чуть ниже уровня рёберных дуг, симметричный, мягкий, безболезненный при

пальпации, патологических образований не определяется, почки, мочевой пузырь не пальпируются, болезненности нет. Грыжевых выпячиваний в области передней брюшной стенки не определяется. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член развит правильно, не искривлён, головка полового члена прикрыта крайней плотью, полностью выводится из препуциального мешка, меатус расположен типично, нормального диаметра, губки уретры розовые, отделяемого нет. Мошонка асимметрична за счёт увеличения правой половины, где имеется отёк, гиперемии кожи. При пальпации правая половина мошонки напряжена, резко болезненна, достоверно пропальпировать яичко не удалось. Пальпация семенного канатика справа также вызывает резкую болезненность, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружного пахового кольца не выявлено. Симптом Прена положительный справа. Слева кожа мошонки не изменена, яичко в мошонке, размером 2×1 см, нормальной консистенции, эластичное, безболезненное при пальпации мошонки не определяется. Яички в мошонке, эластичные, безболезненные при пальпации, придаток пальпируются, безболезненный, не увеличен. Пальпация семенного канатика слева безболезненно, патологических образований не выявило. Левая паховая область визуально не изменена, безболезненна при пальпации, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружного пахового кольца не выявлено. Яичковые вены не расширены, проба Вальсальвы отрицательная с обеих сторон. Со слов ребёнка он мочится свободно, безболезненно, не тужится, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции.

1. Какой ведущий синдром выявлен у пациента? Перечислите симптомы, в него входящие.
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
4. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы исследования обязательно необходимо провести?
5. Какая тактика должна быть у детского уролога-андролога поликлиники?
6. Какая последующая лечебная тактика в отношении данного пациента?
7. Перечислите возможные исходы заболевания.
8. От чего, главным образом, зависит исход заболевания?
9. Возможен ли рецидив указанного заболевания с контралатеральной стороны? Если да, то

какие мероприятия необходимо провести с целью его предотвращения?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10

На амбулаторный приём к детскому урологу-андрологу пришла мама с девочкой 8 месяцев с жалобами на изменения в левой почке по результатам УЗИ. УЗИ почек сделали впервые, до этого профилактических осмотров и исследований не проходили. Из анамнеза известно, что девочка от I беременности I роды, роды физиологические в срок 39 недель. Закричала сразу, оценка по Шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание искусственное. Растёт и развивается по возрасту. Не привита, отказ матери. Травм и операций не было. Перенесла ушиб головного мозга в 3 мес. При физикальном осмотре: Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевого пузыря не пальпируются. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Наружное отверстие уретры расположено типично. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 62×23 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 11 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка расположена типично, размером 72×41 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 3,3 мм, дифференцировки на слои нет, кровоток по данным ЦДК обеднён. Переднезадний размер лоханки 32 мм, верхняя чашечка – 18 мм, средняя группа чашечек до 11 мм, нижняя группа чашечек до 9 мм. Мочеточник не визуализируется. Мочевого пузыря объёмом 100 мл, после микции остаточной мочи нет. Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились. По данным микционной цистографии – пузырно-мочеточниковых рефлюксов не выявлено. ОАМ – соломенного цвета, плотность 1020, эп – отр, лей – 1–2, эр – отр, бакт – отр. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести, с какой целью? 3. Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом клиническом случае. 4. Возможно ли было поставить диагноз

раньше? Каким способом? 5. Какова тактика лечения при ранней диагностике данного заболевания? 6. Какая лечебная тактика должна быть в рассматриваемом клиническом случае? 7. Какие возможные осложнения у данного заболевания? 8. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11

При проведении рутинного УЗИ мальчика в возрасте 1 месяц в амбулаторных условиях получены следующие результаты: По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 65×35 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 15 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка не обнаружена. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь объёмом 35 мл, стенка не утолщена. Мочеточниковые выбросы по данным ЦДК прослеживаются справа, слева не прослеживаются. Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности I роды, роды физиологические в срок 38,5 недель. Закричал сразу, оценка по Шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание грудное. Растёт и развивается по возрасту. Привит по календарю. Травм, операций, заболеваний не было. При физикальном осмотре: Кожные покровы чистые, физиологической окраски, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Видимые слизистые розовые, блестящие, налётов нет. Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевой пузырь не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. 1. Сформулируйте возможные диагнозы. 2. Какие дополнительные лабораторные методы необходимо провести, с какой целью? 3. Какие инструментальные методы исследования позволят верифицировать диагноз? 4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 5. Что такое викарная гипертрофия почки, и почему она развивается? 6. Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом

клиническом случае. 7. Какой витальный прогноз у данного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12

Пациент 6 лет находится на обследовании в детском урологическом стационаре. Из анамнеза: при плановом УЗИ почек выявлено удвоение левой почки. При физикальном осмотре: Кожные покровы чистые, физиологической краской, нормальной температуры и влажности. Периферических отёков нет. Видимые слизистые розовые, блестящие, налётов нет. Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, мочевой пузырь не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления, яички в мошонке, 2×1 см каждое, эластичные, безболезненные при пальпации. Половой член не искривлён, головка выводится из препуция, меатус расположен типично, губки уретры розовые, отделяемого нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. Обследование в стационаре: Т – 36,5 °С, АД – 100/60 мм рт. ст., ЧД – 18 в мин, ЧСС – 90 уд./мин. ОАМ – прозрачная, соломенно-жёлтого цвета, плотность 1020, белок – отр, эп – нет, цил – нет, эр – нет, лей – 0-1, бакт – нет. Нечипоренко – лей 200, эр – 0, цил – 0. Посев мочи на стерильность – роста микрофлоры нет. ОАК – эр 4,5х10¹²/л, гем 130 г/л, тромбоциты 250×10⁹/л, лей 4×10⁹/л, лимф 40%, мон 4%, эоз 0%, нейтр 41% (п/я 1%, с/я 47%), баз 1%, СОЭ 4 мм/ч. Биохимический анализ крови – белок 75 г/л, мочевины 6,0 ммоль/л, мочевая кислота 0,21 ммоль/л, глю 3,3 ммоль/л, креатинин 45 ммоль/л, холестерин общий 4 ммоль/л, билирубин общий 7 мкмоль/л, АЛТ 20 ед/л, АСТ 18 ед/л, панкреатическая амилаза 20 ед/л, Na 146 ммоль/л, К 4,0 ммоль/л, Са общий 2,4 ммоль/л. СКФ: Формула Кунахана–Баррета (Counahan–Barratt): 119.4 мл/мин/1,73 м². Формула Шварца (Schwartz): 134.4 мл/мин/1,73 м². Экскреторная урография – симметричное выделение контраста, справа ЧЛС типично, не расширено, слева наблюдается удвоение ЧЛС без дилатации. Задержки контраста нет. Цистоскопия: слизистая мочевого пузыря не изменена, справа у вершины треугольника Льева визуализируется щелевидное устье, сокращения и выбросы прослеживаются. Слева визуализируется два устья одно расположено типично (у вершины треугольника Льева), второе латерализовано, расположено ближе к шейке. Оба

устья щелевидные, сокращения и выбросы прослеживаются. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Имеются ли осложнения у основного диагноза? 3. С какой целью была проведена цистоскопия? Можно ли было установить полный диагноз без данного исследования? 4. Какая дальнейшая тактика в отношении данного пациента? 5. В каких случаях при выявлении удвоения почек по данным УЗИ показано полное урологическое обследование?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13 При проведении рутинного осмотра педиатром девочки в возрасте 1 месяц в амбулаторных условиях в брюшной полости слева при физикальном осмотре выявлено пальпаторно образование овальной формы, размерами 4×2 см, безболезненное, эластичное, не смещаемое, не спаяно с окружающими тканями, кожа в проекции образования не изменена. Ребёнок был отправлен на ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 48×21 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 10 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка в типичном месте не обнаружена. В области малого таза слева определяется овальное образование размером 40×18 мм с эхоскопическими признаками почки: контуры ровные, чёткие, паренхима 8 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не визуализируется. Мочеточники не визуализируются. Мочевой пузырь объёмом 35 мл, стенка не утолщена. Мочеточниковые выбросы по данным ЦДК прослеживаются справа и слева. 1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз. 2. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы необходимо провести, с какой целью? 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? 4. Какие возможные осложнения у данного заболевания? 5. Какая лечебная тактика при верификации предполагаемого заболевания? 6. Требуется ли диспансерное наблюдение урологом/нефрологом за

данным ребёнком? 7. Укажите причины развития данного заболевания. 8. Какой витальный прогноз у данного ребёнка?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

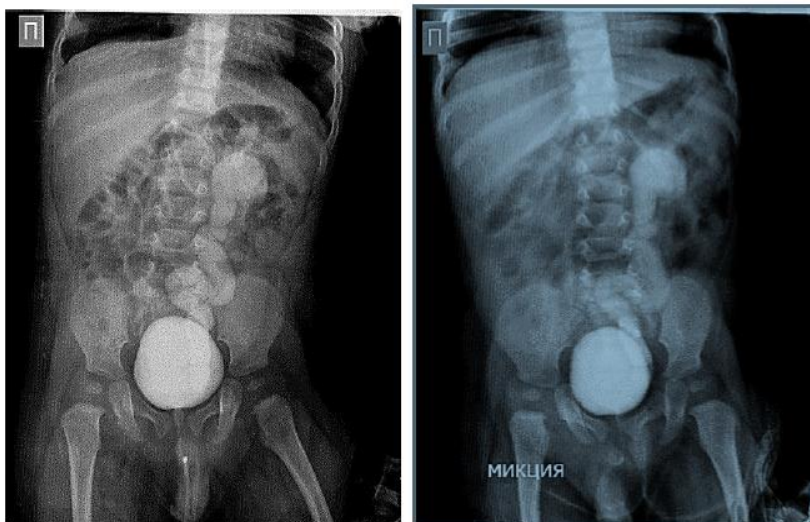
В отделении детской урологии находится мальчик возраста 3 месяцев. Из анамнеза известно, что мальчик от I беременности I роды, роды физиологические в срок 38 недель. При проведении III УЗ скрининга была выявлена пиелоэктазия правой почки. Закричал сразу, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вскармливание искусственное. Растёт и развивается по возрасту. Привит по календарю. Травм и операций не было, ничем не болел. Объективно: температура тела – 36,5 °С, пульс – 120 уд./мин, ЧСС 34 уд./мин, АД – 90/50 мм рт. ст. При физикальном осмотре: Кожные покровы телесного цвета, чистые, нормальной температуры и влажности. Тургор ткани сохранён. Периферических отёков нет. Живот мягкий, безболезненный, патологических образований не определяется, почки, моче-вой пузырь не пальпируются. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно, без признаков воспаления. Головка полового члена выводится из препуциального мешка. Наружное отверстие уретры расположено типично. Мочеиспускание свободное, безболезненное, струя мочи достаточного диаметра, не прерывается во время микции, моча светлая. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: левая почка расположена типично, размером 49×25 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 10 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не визуализируется. Правая почка расположена типично, размером 60×35 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 3,5 мм, дифференцировки на слои нет, кровоток по данным ЦДК обеднён. Передне-задний размер лоханки 30 мм, верхняя чашечка – 15 мм, средняя группа чашечек до 10 мм, ниж-няя группа чашечек до 8 мм. В верхней трети мочеточник диаметром 10 мм, в нижней трети мочеточник 15 мм. Мочевой пузырь объёмом 50 мл. Мочеточниковые выбросы слева прослеживаются, 5 в минуту, справа удалось зафиксировать 1 мочеточниковый выброс за минуту, с низкой скоростью, удлинён по времени, деформирован по форме (более пологий). Остаточной мочи после микции нет.

Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились. По данным цистоскопии: оба устья визуализируются в вершинах треугольника Лъето. Левое устье щелевидное, сокращается, выбросы прослеживаются. Правое устье точечное, попытка бужирования стентом и струной безуспешна. ОАМ – соломенного цвета, плотность 1020, белок – отрицательно, эпителий – отрицательно, лей – 1–2 в поле зрения, эритроциты – отрицательно, бактерии – отрицательно. 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какие дополнительные инструментальные методы исследования не указаны в задаче, но их необходимо было провести при данной патологии? 3. Предположите возможные причины развития данного заболевания в этом клиническом случае. 4. Как данные пренатальной диагностики коррелируют с вашим диагнозом? 5. Какая лечебная тактика должна быть в рассматриваемом клиническом случае, предложите варианты паллиативного и радикального лечения? 6. Какие возможные осложнения у данного заболевания? 7. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

Девочка трех лет поступила в отделение урологии в плановом порядке. Анамнез: внутриутробно диагностировали пиелоектазию слева. В возрасте 6 месяцев выявлен Гидронефроз 1 степени слева по данным УЗИ, наблюдалась в поликлинике по месту жительства, периодически фиксировались изменения в ОАМ воспалительного характера. Перенесла острый пиелонефрит слева. Госпитализируется для дообследования. Осмотр при поступлении. Локальный статус. Периферических отёков нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, почки, патологические образования в брюшной полости не определяются. Пальпация надлобковой области безболезненна. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча прозрачная. Объективно: температура тела – 36,6 °С, пульс – 101 уд./мин, АД – 100/60 мм рт. ст. ОАК – эритроциты $5,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 135 г/л, тромбо-циты $360 \times 10^9/л$, лейкоциты – $6 \times 10^9/л$, лимфоциты 40%, моно-циты 4%, эозинофилы 0%, нейтрофилы 41% (палочкоядерные – 1%, сегментоядерные 47%), базофилы 1%, СОЭ – 3 мм/ч. ОАМ – прозрачная, соломенно-жёлтого цвета, плотность

1020, pH 7,0, эпителий – нет, цилиндры – нет, эритроциты – отрицательно, лейкоциты 0–1 в поле зрения, бактерии – нет. Нечипоренко – лейкоциты 1000, эритроциты – 500, цилиндры – отрицательно. Посев мочи на стерильность – роста микрофлоры не выявлено. В биохимическом анализе крови: общий белок 72 г/л, билиру-бин общий 6 ммоль/л, глюкоза 4 ммоль/л, мочеви-на 4,3 ммоль/л, креатинин 35 ммоль/л, амилаза 60 Ед/л, АЛТ 20 Ед/л, АСТ 20 Ед/л, С-реактивный белок – отрицательно. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: правая почка расположена типично, размером 70×25 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 10 мм, нормальной эхогенности, кортико-медуллярная дифференцировка сохранена, соотношение слоёв 1:2, кровоток по данным ЦДК удовлетворительный, прослеживается до капсулы. Чашечно-лоханочная система не расширена. Левая почка расположена типично, размером 75×35 мм, контуры ровные, чёткие, паренхима 5,5 мм, дифференцировка на слои сохранена, кровоток по данным ЦДК обеднён. Переднезадний размер лоханки 20 мм, верхняя чашечка – 10 мм, средняя группа чашечек до 5 мм, нижняя группа чашечек до 4 мм. Мочеточник визуализируется: в верхней трети 20 мм, в нижней трети 25 мм. Мочевой пузырь объёмом 250 мл, после микции остаточной мочи нет. Размеры чашечно-лоханочной системы после микции не изменились. Экскреторная урография – слева выявлено расширение, деформация чашечно-лоханочной системы, задержка контраста (на отсроченных снимках – через 1,5 ч, контраст находится в чашечках и лоханке), мочеточник визуализируются на всём протяжении, расширен до 25 мм, имеет изгибы (колена). Справа чашечно-лоханочная система не изменена, определяются синусоиды мочеточника, контраст прошёл до мочевого пузыря, на 20 минуте уже не визуализируется. Микционная цистография:



1. Сформулируйте диагноз. 2. Какой дополнительный метод обследования необходимо провести? 3. Какие варианты лечения применимы при данной патологии и какой вариант, на Ваш взгляд, подойдет в данном клиническом случае? 4. Объясните патогенез поражения паренхимы почек при рассматриваемой патологии. 5. Перечислите компоненты физиологической антирефлюксной защиты. 6. Какие осложнения имеет данное заболевание?

Оценочная часть.

01. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:
- А) пиурию;
 - Б) альбуминурию;
 - В) микрогематурию;
 - Г) макрогематурию;
 - Д) оксалурию.
02. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:
- А) в поясничной области;
 - Б) в наружном крае прямых мышц;
 - В) в надлобковой области;
 - Г) в промежности;
 - Д) в эпигастрии.
03. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:
- А) вторичное сморщивание почки;
 - Б) вторичное камнеобразование;
 - В) девиация мочеточника;
 - Г) ложный гидронефроз;
 - Д) некротический папиллит.
04. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка считают:

- А) гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей;
- Б) цистит;
- В) наличие инородных тел;
- Г) специфический уретрит;
- Д) грибковое поражение уретры.

05. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:

- А) мочекаменная болезнь;
- Б) гидронефроз;
- В) острый гломерулонефрит;
- Г) опухоль почки;
- Д) парапельвикальная киста почки.

06. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:

- А) при болезни Верльгофа;
- Б) при узелковом;
- В) при остром гломерулонефрите;
- Г) при поликистозе;
- Д) при опухоли почки.

07. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:

- А) ретроградную пиелографию;
- Б) экскреторную урографию;
- В) цистоскопию;
- Г) цистоуретрографию;
- Д) радиоизотопные методы.

08. При анурии у детей противопоказана:

- А) обзорная рентгенография органов мочевой системы;
- Б) экскреторная урография;
- В) цистоуретрография;
- Г) ретроградная пиелография;
- Д) цистоскопия.

09. Не требует лечения у детей:

- А) ренальная форма анурии;
- Б) экстраренальная форма анурии;
- В) субренальная форма анурии;
- Г) физиологическая анурия новорожденных;
- Д) аренальная форма анурии .

10. Основным признаком гидронефроза считают:

- Л) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;
- Б) признаки нарушения сократительной способности лоханки;
- В) признаки вторичного пиелонефрита;
- Г) истончение почечной паренхимы;
- Д) признаки снижения почечного кровотока.

11. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:

- Л) экскреторную урографию;
- Б) цистографию;

- В) цистоскопию;
- Г) иистометрию;
- Д) УЗИ с определением кровотока.

12. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

- А) обтурации мочеточника камнем;
- Б) вторично сморщенной почки;
- В) острого необструктивного пиелонефрита;
- Г) травмы почки;
- Д) опухоли почки.

13. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:

- А) перемежающийся гидронефроз;
- Б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- В) гипоплазия почки;
- Г) удвоение верхних мочевых путей;
- Д) поликистоз.

14. УЗИ с лазерной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:

- А) оральную гидратацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков;
- Б) пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости;
- В) оральную гидратацию, в\в гидратацию, уретральный катетер, лазикс в\в в возрастных дозировках;
- Г) сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма;
- Д) спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в\в.

15. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

- А) фимозом;
- Б) опухолью мочевого пузыря;
- В) камнем уретры;
- Г) разрывом уретры;
- Д) камнем мочевого пузыря .

16. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

- А) нарушение мочеиспускания;
- Б) снижение удельного веса мочи;
- В) болевой синдром;
- Г) поллакиурия;
- Д) энурез.

17. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

- А) пальпация;
- Б) экскреторная урография;
- В) ультразвуковое сканирование;
- Г) радиоизотопное исследование;
- Д) ангиоренография.

18. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

- А) при гидронефрозе;

- Б) при нефроптозе;
- В) при мочекаменной болезни;
- Г) при поликистозе;
- Д) при тромбозе почечной артерии.

19. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:

- А) пиелотомия;
- Б) нефротомия;
- В) резекция почки;
- О нефрэктомия;
- Д) нефростомия.

20. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:

- А) для гидронефроза;
- Б) для мочекаменной болезни;
- В) для туберкулеза;
- Г) для нефроптоза;
- Д) для опухоли почки.

21. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

- А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
- Б) гидронефроза;
- В) пороков уретры и ПМР;
- Г) удвоения верхних мочевых путей;
- Д) нефроптоза.

22. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления:

- А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;
- Б) энуреза (ночного недержания мочи);
- В) эктопии устья добавочного мочеточника;
- Г) эписпадии;
- Д) клапана задней уретры .

23. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

- А) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки;
- Б) гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов;
- В) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки;
- Г) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах;
- Д) значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка.

24. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:

- А) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение;
- Б) вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата;
- В) условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке;
- Г) редким пороком крайней плоти;
- Д) патологическим состоянием, требует лечения после 1 года.

25. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

- А) экскреторная урография;
- Б) планиметрия почки;
- В) почечная ангиография;
- Г) биопсия почки;
- Д) динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.

26. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

- А) олигурией и оксалурией;
- Б) полиурией и гипоизостенурией;
- В) физиологической анурией;
- Г) урежением мочеиспускания;
- Д) альбуминурией и поллакиурией.

27. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А) острый пиелонефрит;
- Б) травма почки;
- В) почечная колика;
- Г) анурия;
- Д) макрогематурия .

28. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

- А) болезненное мочеиспускание;
- Б) острая задержка мочи;
- В) гематурия;
- Г) пиурия;
- Д) протеинурия.

29. Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является:

- А) перевязка сосудов;
- Б) резекция нижнего полюса;
- В) транспозиция абберантного сосуда;
- Г) антевазальный уретеропиелоанастомоз;
- Д) лоскутная пластика .

30. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А) при камне верхней чашечки;
- Б) при камне лоханки;
- В) при коралловидном камне почки;
- Г) при камне мочеточника;
- Д) при камне мочевого пузыря.

31. Наиболее серьезным осложнением оперативного лечения I гидронефроза считают:

- А) гематурию;
- Б) обострение пиелонефрита;
- В) стеноз сформированного анастомоза;
- Г) мочевого затек;
- Д) нагноение послеоперационной раны.

32. Показанием к временному отведению мочи (пункционной или катетерной) при гидронефрозе служат:

- А) сочетание гидронефроза с мегауретером;
- Б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
- В) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
- Г) сочетание гидронефроза с МКБ;
- Д) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.

33. Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:

- А) операцию Фолея;
- Б) операцию Бонина;
- В) операцию Хайнса — Андерсена;
- Г) резекцию добавочного сосуда;
- Д) уретеролизис.

34. Оптимальным методом дренирования почки после уретеропиелопластики по поводу гидронефроза при внутрипочечной лоханке считают:

- А) пиелостому;
- Б) нефростому;
- В) интубационную уретеростому;
- Г) бездренажный метод;
- Д) уретерокутанеостому.

35. Оптимальным методом дренирования после уретеропиелопластики при внепочечной лоханке считают:

- А) пиелостому;
- Б) нефростому;
- В) интубационную уретеростому;
- Г) бездренажный метод;
- Д) уретерокутанеостому.

36. Полным недержанием мочи сопровождается:

- А) тотальная эписпадия;
- Б) промежностная гипоспадия;
- В) субсимфизарная эписпадия;
- Г) клапаны задней уретры;
- Д) эктопическое уретероцеле.

37. Методом выбора в оперативном лечении тотальной эписпадии у детей считают:

- А) устранение недержания мочи созданием механического препятствия;
- Б) создание искусственного сфинктера мочевого пузыря из окружающей скелетной мускулатуры;
- В) формирование сфинктера мочевого пузыря из местных тканей;
- Г) устранение недержания мочи путем отведения в кишечник;
- Д) уретропластика.

38. Наличие скопления смегмы в препуциальном мешке без признаков воспаления требует:

- А) срочного удаления и полного разделения синехий;
- Б) удаления путем обведения головки;
- В) требует удаления при скоплении смегмы в больших количествах;
- Г) удаления путем мануального перемещения смегмы наружу;

Д) не требует вмешательства.

39. Из функциональных методов исследования с наибольшей достоверностью установить диагноз клапана задней уретры у детей позволяет:

- А) инфузионная урография;
- Б) исследование с ЭОП на фоне экскреторной урографии;
- В) исследование с ЭОП на фоне микционной цистоуретрографии;
- Г) урофлоуметрия;
- Д) цистометрия.

40. К наиболее тяжелым анатомо-функциональным нарушениям со стороны верхних мочевых путей приводят варианты инфравезикальной обструкции обусловленные:

- А) гипертрофией семенного бугорка;
- Б) клапаном задней уретры или врожденный стеноз уретры;
- В) полипом уретры;
- Г) меатостенозом;
- Д) склерозом шейки мочевого пузыря.

41. Оптимальным методом отведения мочи при декомпенсированной стадии клапанной обструкции у детей считают:

- Л) нефростомию;
- Б) пиелостомию;
- В) прямую уретерокутанеостомию;
- Г) обратную уретерокутанеостомию;
- Д) интубационную уретеростомию.

42. Показанием для отведения мочи с помощью уретерокутанеостомии служат:

- А) мегауретер в сочетании с нейрогенными нарушениями мочеиспускания, инфекция мочевых путей;
- Б) ХПН, двусторонний мегауретер с отсутствием сократительной способности мочеточников, некупирующийся пиелонефрит.
- В) рецидивирующее течение пиелонефрита, мегауретер и грудной возраст ребенка;
- Г) клапан задней уретры, двусторонний мегауретер, тубулярный гидроуретер;
- Д) миелодисплазия, арффлекторный мочевой пузырь и мегауретер.

43. Оптимальным доступом для рассечения клапанов задней уретры у детей считают:

- А) надлобковый доступ;
- Б) надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения;
- В) промежностный доступ;
- Г) трансуретральный с применением уретрорезектоскопа;
- Д) трансуретральный путем бужирования.

44. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен:

- А) для эктопии устья добавочного мочеточника в уретру у девочек;
- Б) для тотальной эписпадии;
- В) для клапана задней уретры;
- Г) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыря;
- Д) для тяжелой формы энуреза.

45. Операцией выбора при гигантском эктопическом уретероцеле считают

- А) геминефроуретерэктомию;

- Б) геминефроуретерэктомию с опорожнением содержимого уртероцеле;
- В) геминефроуретерэктомию с иссечением оболочек кисты;
- Г) уртероуретероанастомоз;
- Д) рассечение уртероцеле.

46. При эктопии устья добавочного мочеточника с отсутствием функции, соответствующей ему половины почки целесообразно выполнить:

- А) геминефрэктомию с прокрашиванием мочеточника;
- Б) геминефроуретерэктомию с иссечением терминального отдела эктопированного мочеточника;
- В) пересадку эктопированного мочеточника в пузырь с антиреф-люксной защитой;
- Г) уртероуретероанастомоз;
- Д) ушивание эктопического устья .

47. Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии (без искривления кавернозных тел) является:

- А) новорожденные и грудные дети;
- Б) 6 мес. - 1 год;
- В) 0-3 мес.;
- Г) 5-6 лет;
- Д) 7-10 лет.

48. Оптимальным возрастом для уретропластики при проксимальной гипоспадии (с грубой деформацией кавернозных тел) является:

- А) 9мес-1 год;
- Б) 6-7 лет;
- В) 0-6 мес.;
- Г) 12-14 лет;
- Д) 13-15 лет.

49. Оптимальным сроком выполнения операции меатотомии при гипоспадии в сочетании с меатостенозом является:

- А) 1-2 года; Б) 3-5 лет;
- В) 6-8 лет;
- Г) по установлении диагноза;
- Д) в пубертатном периоде .

50. Оптимальным сроком оперативного лечения экстрофии мочевого пузыря является

- А) 1 -3 сутки жизни;
- Б) 1-3 года;
- В) 4-5 лет;
- Г) 6-8 лет;
- Д) 9-15 лет.

51. Первичная пластика мочевого пузыря местными тканями при экстрофии включает:

- А) ушивание мочевого пузыря, удлинение и погружение уретры, сведение костей лона, ушивание брюшной стенки;
- Б) ушивание мочевого пузыря, пластика брюшной стенки;
- В) иссечение мочевого пузыря и имплантация мочеточников в кишку с антирефлюксной защитой по Козну;
- Г) выделение мочевого пузыря и пересадка его в сигмовидную кишку единым блоком;

Д) ушивание мочевого пузыря с использованием синтетических материалов, замещение дефекта передней брюшной стенки полимерными материалами.

52. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

- А) для удвоения;
- Б) для гидронефроза;
- В) для нефроптоза;
- Г) для разрыва почки;
- Д) для туберкулеза.

53. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

- А) УЗИ с оценкой почечного кровотока;
- Б) цистоуретрография;
- В) компьютерная томография с введением контрастного вещества;
- Г) экскреторная урография;
- Д) полипозиционная цистография.

54. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при ее травме является:

- А) макрогематурия;
- Б) шок;
- В) нарастающая припухлость в поясничной области;
- Г) лихорадка, озноб, рвота;
- Д) боль.

55. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря.

- А) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
- Б) пиурия, гематурия, повышение температуры;
- В) тошнота, рвота, острая задержка мочи;
- Г) гематурия, олигурия, почечная колика;
- Д) боль, тошнота, пиурия.

56. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является:

- А) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
- Б) пиурия, гематурия;
- В) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогах местах, олигурия;
- Г) перелом костей таза, острая задержка мочи;
- Д) почечная колика.

57. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:

- А) экскреторная урография;
- Б) цистоскопия;
- В) цистография;
- Г) катетеризация мочевого пузыря;
- Д) хромоцистоскопия.

58. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является

- А) гематурия;
- Б) пиурия;

- В) острая задержка мочи;
- Г) дизурия;
- Д) альбуминурия.

59. Наиболее информативным методом обследования в диагностике разрыва уретры у детей считают:

- А) экскреторная урография;
- Б) восходящая уретрография;
- В) сцинтиграфия;
- Г) урофлоуметрия;
- Д) цистография.

60. Наиболее информативным исследованием в диагностике дивертикула мочевого пузыря является:

- А) нисходящая цистография;
- Б) восходящая цистография;
- В) пневмоцистография;
- Г) полипозиционная цистография с ЭОП;
- Д) микционная цистография с ЭОП.

61. Наиболее информативным методом определения тяжести повреждения уретры при ее разрыве считают:

- А) урофлоуметрию;
- Б) профилометрию;
- В) экскреторную урографию;
- Г) уретроскопию;
- Д) прямую цистометрию.

62. При острой атаке пиелонефрита у детей противопоказана

- А) реоренография;
- Б) экскреторная урография;
- В) ретроградная пиелография;
- Г) хромоцистоскопия;
- Д) радиоизотопные методы.

63. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен:

- Л) при цистоскопии;
- Б) при антеградной урографии;
- В) при микционной истоуретрографии;
- Г) при урофлоуметрии;
- Д) при цистометрии.

64. Тактика лечения при неполном разрыве уретры предусматривает:

- А) осторожную катетеризацию мочевого пузыря металлическим катетером;
- Б) наложение эпицистостомии и отсроченную операцию;
- В) первичный шов уретры в первые 24 часа;
- Г) уретроскопия с установкой уретрального катетера по проводнику;
- Д) пункционная цистостомия, холод к области промежности.

65. Наибольшая угроза полной обструкции мочевыводящих путей возникает:

- А) при камне верхней чашечки;
- Б) при коралловидном камне лоханки;
- В) при камне мочеточника;

- Г) при камне мочевого пузыря;
- Д) при камне нижней чашечки.

66. Этиологическим фактором энуреза является:

- А) порок развития органов мочевыделительной системы;
- Б) слабость сфинктера мочевого пузыря;
- В) спинномозговая грыжа;
- Г) нарушение корковой регуляции;
- Д) новообразования мочевого пузыря.

67. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:

- А) гомолатеральная дистопия;
- Б) поликистоз почек;
- В) подковообразная почка;
- Г) удвоение верхних мочевых путей;
- Д) S-образная почка.

68. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует:

- А) экстренного оперативного лечения;
- Б) оперативного лечения в плановом порядке;
- В) одно-двукратной пункции, при неэффективности - операцию;
- Г) наблюдение в динамике;
- Д) гормональное лечение.

69. Лечение больного 2 лете ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости;
- В) повторные пункции с введением гидрокортизона;
- Г) оперативное лечение в плановом порядке;
- Д) назначение гормональных препаратов.

70. При ненапряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано:

- А) дренирование полости мошонки;
- Б) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение;
- В) обработка вагинального отростка у шейки, прошивание, перевязка, пересечение и рассечение оболочек в полости мошонки;
- Г) обработка вагинального отростка у шейки прошивание, перевязка, пересечение и операция Винкельмана;
- Д) операция Винкельмана.

71. Какой из перечисленных симптомов не служит показанием операции Винкельмана у детей:

- А) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
- Б) мутная водяночная жидкость;
- В) изменение оболочки яичка;
- Г) облитерированный вагинальный отросток;
- Д) гиперемия мошонки.

72. Необходимость коррекции экстрофии мочевого пузыря в первые дни жизни обусловлена:

- А) опасностью восходящей инфекции мочевых путей;
- Б) опасностью полипозного перерождения слизистой мочевого пузыря;

- В) сложностью формирования мочевого пузыря местными тканями и старшем возрасте;
- Г) возможностью сведения костей лона без проведения травматичных остеотомии;
- Д) высоким уровнем анестезиологического обеспечения на современном этапе.

73. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного до 1,5 лет обусловлена:

- А) повышенным внутрибрюшным давлением;
- Б) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем;
- В) травмой пахово-мошоночной области;
- Г) незаращением вагинального отростка;
- Д) инфекцией мочевыводящих путей.

74. Отличие операции Иванисевича от Паломо состоит:

- А) в перевязке артерии и вен семенного канатика;
- Б) в сохранении лимфатических сосудов;
- В) в сохранении тестикулярной артерии;
- Г) только паховым доступом к яичковым сосудам;
- Д) в мобилизации яичка.

75. Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме считают:

- А) крипторхизм в форме паховой ретенции;
- Б) крипторхизм в форме паховой эктопии;
- В) крипторхизм в форме брюшной ретенции;
- Г) двусторонний крипторхизм;
- Д) крипторхизм в сочетании с паховой грыжей.

76. Проведение терапии хориогонином при крипторхизме направлено:

- А) на самостоятельное низведение яичка;
- Б) улучшение функции клеток Лейдига;
- В) стимуляцию сперматогенеза;
- Г) стимуляцию созревания яичка;
- Д) профилактику малигнизации.

77. Какой из перечисленных этапов не содержит операция низведения яичка:

- А) обработки вагинального отростка;
- Б) полной скелетизации сосудов яичка;
- В) выделения яичка единым блоком;
- Г) тунелизации мошонки;
- Д) фиксации яичка к мясистой оболочке.

78. Основным принципом орхопексии является:

- А) низведение яичка без натяжения его элементов;
- Б) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке;
- В) пересечение мышцы, поднимающей яичко;
- Г) создание условий для постоянной тракции и вытягивания элементов семенного канатика;
- Д) фиксация яичка к дну мошонки.

79. Для паховой эктопии яичка характерно:

- А) яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала;
- Б) яичко расположено под кожей и смещается к бедру;
- В) яичко не пальпируется;
- Г) яичко определяется на промежности;

Д) яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку.

80. Какие из перечисленных состояний не могут быть причиной эпидидимоорхита:

- А) инфекция мочевыделительной системы;
- Б) клапан задней уретры;
- В) аномалии впадения семявыводящих протоков;
- Г) аномалии формирования пола;
- Д) водянка оболочек яичка.

81. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка:

- А) эпидидимоорхит;
- Б) перекрут яичка;
- В) аллергический отек мошонки;
- Г) ущемленная паховая грыжа;
- Д) рожистое воспаление мошонки.

82. Для перекрута яичка в мошонке характерны:

- А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гиперемия;
- Б) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация;
- В) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатик;
- Г) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация;
- Д) симптоматика зависит от возраста.

09 83. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) операция Иванисевича;
- В) операция Паломо;
- Г) консервативная терапия: суспензорий, контрастный душ и т.д.;
- Д) тщательное урологическое обследование.

84. Больной 13 лет страдает варикоцеле II-III степени. Ему рекомендовано:

- А) наблюдение в динамике;
- Б) консервативная терапия;
- В) операция Иванисевича;
- Г) операция Иванисевича с прокрашиванием лимфатических сосудов;
- Д) операция Винкельмана.

09 85. Какой вариант догоспитальной помощи показан при перекруте яичка на ранней стадии заболевания:

- А) холод к мошонке;
- Б) новокаиновая блокада семенного канатика;
- В) мануальное раскручивание яичка с последующей операцией;
- Г) массаж мошонки;
- Д) согревание мошонки сухим теплом.

86. Ребенок 2 лет с проксимальной гипоспадией типа хорды (имеет искривление кавернозных тел до 65-70 градусов) Ему показано:

- А) расправление кавернозных тел путем иссечения рубцовой хорды и формирования двойной уретростомии;
- Б) противорубцовая терапия в полном объеме;

- В) расправление кавернозных тел с иссечением хорды и пластикой уретры лоскутом крайней плоти;
- Г) расправление кавернозных тел путем пликации белочной оболочки по дорсальной поверхности;
- Д) расправление кавернозных тел путем длительной иммобилизации лангетой.

87. Для достоверной эхографической оценки органов малого таза необходимо произвести УЗИ:

- А) до приема пациентом пищи;
- Б) с наполненным у исследуемого пациента мочевым пузырем;
- В) после опорожнения пациентом мочевого пузыря;
- Г) визуализировать органы малого таза через наполненный газом кишечник;
- Д) в положении исследуемого сидя.

88. Основное отличие поясничной дистопии почек от нефроптоза состоит:

- А) в отсутствии при УЗИ подвижности почки;
- Б) в поясничном положении органа;
- В) в эхографических признаках ротации почки;
- Г) в расширении мочеточника опущенной почки;
- Д) в наличии органа в поясничном отделе при положении пациента стоя.

89. Патогномичным эхографическим критерием вторично сморщенной почки является:

- А) разность в размерах при визуализации почек;
- Б) уменьшение почки в размерах при динамическом УЗИ;
- В) истончение паренхимы уменьшенной почки;
- Г) нечеткость рисунка структур уменьшенной почки;
- Д) неровность и нечеткость контура уменьшенной в размерах почки.

90. Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:

- А) наличие кист в паренхиме обеих почек;
- Б) увеличение почек в размерах;
- В) диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны;
- Г) деформация чашечно-лоханочного комплекса;
- Д) неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы.

91. Основным эхографическим критерием мультикистоза почки у детей является:

- А) увеличение одной из почек в размерах;
- Б) полное замещение кистами паренхимы одной из почек;
- В) деформация чашечно-лоханочной системы;
- Г) выявление в паренхиме отдельных кистозных включений;
- Д) расширение отделов чашечно-лоханочной системы.

92. Эхографическим признаком гидрокаликоза у детей является:

- А) изолированное расширение отдельных чашечек при нормально размерах лоханки;
- Б) наличие жидкостных включений в паренхиме почки;
- В) увеличение почки в размерах;
- Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
- Д) истончение паренхимы.

93. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

- А) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
- Б) нечеткость контура поврежденной почки;

- В) увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ в сочетании с нарушением кровотока;
- Г) эхопризнаки выпота в брюшной полости;
- Д) нечеткость рисунка исследуемой почки.

94. Эхографическим признаком опухоли паренхимы почки у детей является:

- А) выявляемая в паренхиме статичная объемная структура с тенденцией к увеличению при динамическом УЗИ;
- Б) увеличение почки в размерах и кистозные включения;
- В) неровность контура органа и диффузные изменения паренхимы;
- Г) деформация чашечно-лоханочной системы;
- Д) расширение отдельных участков чашечно-лоханочной системы.

Раздел 8 Торакальная хирургия

Теоретическая часть

1. Химический ожог пищевода. Клинические рекомендации, 2024.- 76 с.
2. Острые гнойные деструктивные пневмонии у детей. Клинические рекомендации, 2024.- 37 с.
3. Разумовский А.Ю., Митупов З.Б. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей: руководство. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010 - 304 с.
4. Стручков В.И., Пугачев А.Г. - Детская торакальная хирургия

Практическая часть

Рефераты:

Кистозно-аденоматозная мальформация легких.

Легочная секвестрация.

Врожденные трахеостенозы.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком в возрасте 16 лет с жалобами на искривление грудной клетки.

Из анамнеза заболевание: 6 лет назад обратили внимание, что имеется втяжение грудины, с течением времени увеличивалось.

Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 37 недель. Оценка по шкале Апгар 9/9. При рождении рост 49 см, вес 3870 г. Вскармливание грудное. Наследственность: у папы имеется подобная деформация грудной клетки. Аллергии нет. Привит по возрасту. Перенес только ОРВИ.

Локальный статус: при осмотре имеется деформация грудины в виде воронки длиной до 15 см, глубиной до 5 см, симметричная.

1. *Сформулируйте диагноз.*
2. *Объясните возможный патогенез (механизм развития) данного заболевания.*
3. *Какими способами можно измерить степень данного заболевания?*
4. *Какие дополнительные методы обследования необходимо применить у данного больного, чтобы определить имеются ли осложнения данного заболевания?*
5. *Какой есть способ лечения данного заболевания?*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком в возрасте 10 лет с жалобами на искривление грудной клетки. Из анамнеза заболевание: приблизительно в возрасте трёх лет родители стали обращать внимание на деформацию, которая со временем прогрессировала.

Из анамнеза жизни: ребёнок от III беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 39 недель. Оценка по шкале Апгар 8/9. При рождении рост 51 см, вес 3980 г. Вскармливание грудное. Наследственность: у бабушки имеется подобная деформация грудной клетки. Аллергии нет. Привит по возрасту. Перенес только ОРВИ. Травм, ожогов, рахита в анамнезе нет. У эндокринолога на учёте не состоит.

Локальный статус: при осмотре имеется деформация грудины в виде килевидного выпячивания.

1. *Сформулируйте диагноз.*
2. *Какие формы заболевания выделяют?*
3. *Объясните возможный патогенез (механизм развития) данного заболевания.*
4. *Какие дополнительные инструментальные методы обследования необходимо провести?*
5. *Какой есть способ лечения данного заболевания?*
6. *Укажите показания для хирургической коррекции данного порока.*
7. *Какие осложнения могут быть при отсутствии лечения?*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 4

Осмотр неонатологом новорождённого мальчика.

Из пренатального анамнеза известно: ребёнок от III беременности I родов, беременность протекала с токсикозом I триместра, роды самостоятельные в срок 40 недель. Наследственность не отягощена. Ребёнок при рождении 8/8 баллов по шкале Апгар. Рост 53 см, вес 3800 г.

При осмотре: кожные покровы розовые, в смазке. Носовые ходы, ротовая полость заполнена слизью, убрана отсосом. Проведена проба «эlefанта» – положительна.

Язык влажный, розовый. В лёгких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, запавший.

Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см. Край селезёнки ровный, гладкий. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Мочится свободно. Анус сформирован правильно.

1. Сформулируйте диагноз.
 2. Какие формы данного заболевания существуют?
 3. Объясните, как проводят пробу эlefанта.
 4. Какое питание необходимо обеспечить данному ребёнку?
 5. Объясните эмбриопатогенез данного рассматриваемого заболевания можно выявить внутриутробно?
 7. Какая будет дальнейшая диагностическая тактика?
- заболевания.
6. Какие косвенные эхоскопические признаки
 8. Какая дальнейшая врачебная тактика в отношении данного ребёнка?

Оценочная часть

01. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

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

02. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

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

03. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в больную сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

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

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

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

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

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

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

- А) киста легкого;

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

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

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

08. Пищевод Барретта это:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

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

16. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

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

17. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренную операцию;
- Б) плановую операцию;
- В) срочную операцию;
- Г) консервативную терапию;
- Д) выжидательную тактику.

18. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- А) консервативную терапию;
 - Б) бронхоскопическую санацию;
 - В) экстренную операцию;
 - Г) наблюдение в динамике;
 - Д) плановую операцию.
19. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:
- А) срочную операцию;
 - Б) операцию после предоперационной подготовки;
 - В) консервативную терапию;
 - Г) диспансерное наблюдение;
 - Д) плановую операцию.
20. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:
- А) боковая торакотомия;
 - Б) передняя торакотомия;
 - В) заднебоковая торакотомия;
 - Г) задняя торакотомия;
 - Д) переднебоковая торакотомия.
21. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:
- А) артерии нижней доли;
 - Б) бронха нижней доли;
 - В) разделения нижней легочной связки;
 - Г) нижней легочной вены;
 - Д) основного ствола легочной артерии.
22. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:
- А) кровотечение;
 - Б) массивные продувания воздуха;
 - В) сердечно-легочная недостаточность;
 - Г) обтурационные осложнения;
 - Д) несостоятельность швов.
23. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:
- А) абсцесс легкого;
 - Б) пневмоторакс;
 - В) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
 - Г) пиоторакс;

Д) пиопневмоторакс.

24. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:

- А) пиопневмоторакс;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) абсцесс легкого;
- Г) пиоторакс;
- Д) медиастинальная эмфизема.

25. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

- А) с абсцессом легкого;
- Б) с тотальной эмпиемы плевры;
- В) с осумкованным плевритом;
- Г) с плащевидным плевритом;
- Д) с буллезной формой бактериальной деструкции легких.

26. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) буллезная форма бактериальной деструкции легких;
- В) фибриноторакс;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) пиопневмоторакс.

27. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) тотальная эмпиема плевры;
- Б) ателектаз легкого;
- В) напряженная тотальная эмпиема;
- Г) плащевидный плеврит;
- Д) абсцесс легкого.

28. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А) смещение средостения;
- Б) появление дополнительных теней в одном из гемитораксов;
- В) деформация одного или обоих куполов диафрагмы;
- Г) непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях;
- Д) признаки гиповентиляции легких.

29. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пневмоторакс;
- Б) гидропневмоторакс;
- В) напряженный гидропневмоторакс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) абсцесс легкого.

30. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А) напряженный гидропневмоторакс;
- Б) напряженный пневмоторакс;
- В) гигантский кортикальный абсцесс;
- Г) тотальная эмпиема плевры;
- Д) мелкоочаговая бактериальная деструкция легких.

31. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:

- А) пункция абсцесса;
- Б) радикальная операция;
- В) бронхоскопическая санация;
- Г) дренирование плевральной полости;
- Д) катетеризация бронха.

32. При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является:

- А) пункция буллы;
- Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
- В) дренирование буллы;
- Г) бронхоскопический дренаж;
- Д) плевральная пункция.

33. У больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:

- А) бронхоскопический дренаж;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию буллы;
- Г) дренирование буллы;
- Д) катетеризацию бронха.

34. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение;
- Б) консервативное лечение;

- В) длительную бронхоскопическую санацию;
- Г) оперативное лечение временно не показано;
- Д) санаторное лечение.

35. На бронхограммах у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:

- А) резекция нижней доли;
- Б) торакоцентез;
- В) экстирпация бронхов нижней доли;
- Г) бронхоскопические санации;
- Д) консервативное лечение.

36. У больного удалено длительно лежащее инородное тело. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать:

- А) диспансерное наблюдение;
- Б) оперативное лечение;
- В) бронхоскопическое лечение;
- Г) санаторное лечение;
- Д) консервативную терапию.

37. У больного с бронхоэктазами нижней доли справа имеется обострение процесса в легком:

- А) оперативное лечение показано;
- Б) оперативное лечение временно противопоказано;
- В) оперативное лечение не показано;
- Г) оперативное лечение противопоказано;
- Д) санаторное лечение.

38. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением масляного контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;
- Д) после 20 дней.

39. Больному с бронхоэктазами выполнена бронхография с применением водорастворимого контрастного вещества. Больного можно оперировать после этой процедуры спустя:

- А) 3-5 дней;
- Б) 6-10 дней;
- В) 11-15 дней;
- Г) 16-20 дней;

Д) после 20 дней.

40. Наиболее достоверным признаком при оценке степени подготовленности больного с бронхоэктазами к операции является:

- А) улучшение общего состояния больного;
- Б) купирование восходящего бронхита;
- В) уменьшение гнойного отделяемого;
- Г) улучшение показателей со стороны функций внешнего дыхания;
- Д) уменьшение количества хрипов.

41. Оптимальным доступом при резекции верхней доли является:

- А) задний;
- Б) заднебоковой;
- В) передний;
- Г) боковой;
- Д) переднебоковой.

42. Оптимальным доступом при резекции средней доли является:

- А) заднебоковой;
- Б) передний;
- В) переднебоковой;
- Г) задний;
- Д) боковой.

43. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:

- А) передний;
- Б) переднебоковой;
- В) задний;
- Г) заднебоковой;
- Д) боковой.

44. Послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают:

- А) на 1-3-и сутки;
- Б) на 4-7-е сутки;
- В) на 7-10-е сутки;
- Г) на 11-14-е сутки;
- Д) на 14-17-е сутки.

45. При послеоперационном ателектазе легкого аускультативно выявляется:

- А) бронхиальное дыхание;
- Б) альвеолярное дыхание;
- В) амфорическое дыхание;
- Г) отсутствие дыхания;
- Д) ослабление дыхания.

46. При пласцевидном плеврите (серозном) лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

47. При пиотораксе лечение предусматривает:

- А) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) пункцию плевральной полости;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

48. При осумкованном гнойном плеврите лечение предусматривает:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) пункцию плевральной полости;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) бронхоскопию.

49. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:

- А) пункцию плевральной полости;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

50. У больного парциальный пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:

- А) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
- В) плевральную пункцию;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) бронхоскопию.

51. Функциональной зрелости пищевод достигает к:

- А) 3-м месяцам;
- Б) 6-ти месяцам;
- В) 12-ти месяцам;
- Г) 2-м годам;
- Д) 5-ти годам.

52. При напряженном пневмотораксе с бронхоплевральным свищем тактика лечения включает:

- А) плевральную пункцию;

- Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) выжидательную тактику.

53. У больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:

- А) бронхоблокаду;
- Б) плевральную пункцию;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Д) выжидательную тактику.

54. При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- В) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

55. При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить:

- А) плевральную пункцию;
- Б) дренирование плевральной полости по Бюлау;
- В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
- Г) радикальную операцию;
- Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией.

56. При фибротораксе оптимальным методом лечения является:

- А) радикальная операция;
- Б) консервативная терапия, при неэффективности - радикальная операция;
- В) плевральная пункция;
- Г) дренирование плевральной полости;
- Д) бронхоскопия.

57. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются:

- А) в верхней доле правого легкого;
- Б) в средней доле правого легкого;
- В) в нижней доле правого легкого;
- Г) в верхней доле левого легкого;
- Д) в нижней доле левого легкого.

58. У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом обследовании обнаружено кистозное образование в легком. Состояние ребенка удовлетворительное. Дыхательной недостаточности нет. Лечение больного предусматривает:

- А) наблюдение в динамике;

- Б) дренирование кисты;
- В) оперативное лечение;
- Г) консервативное лечение;
- Д) санаторное лечение.

59. У ребенка 3 лет в течение 6 месяцев имеется кистозное образование в легком. Жалоб нет. Ребенку следует рекомендовать:

- А) оперативное лечение в плановом порядке;
- Б) лечение пункциями;
- В) консервативное лечение;
- Г) выжидательную тактику;
- Д) санаторное лечение.

60. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:

- А) абсцесс легкого;
- Б) напряженная киста легкого;
- В) нагноившаяся киста легкого;
- Г) диафрагмальная грыжа;
- Д) булла.

Раздел 9 Хирургия новорожденных

Теоретическая часть

1. Врожденная диафрагмальная грыжа. Клинические рекомендации. 2024. – 76 с.
2. Баиров Г.А. Дорошевский Ю.Л., Немилова Т.К. Атлас операций у новорожденных. Л., Медицина. – 1984.

Практическая часть

Рефераты:

1. Хирургическое лечение муковисцидоза у детей.
2. Аноректальные пороки развития у детей.
3. Острый гематогенный остеомиелит у новорожденных.
4. Некротический энтероколит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1

В отделение реанимации детской хирургической больницы из родильного дома был переведён ребёнок через 14 ч после родов.

Из анамнеза известно, что ребёнок от V беременности III родов. Роды в 35 недель, стремительные. Рост 45 см, вес 2500 г. Оценка по Шкале Апгар 3/5 баллов. Родильный дом не оснащён собственным реанимационным отделением, ребёнка транспортировали на руках матери через 14 ч после родов. На учёт по беременности мама встала в 7 недель и с тех пор у

гинеколога не наблюдалась, скрининги (в том числе УЗИ) не проходила. Наследственность неотягощена. Контакт с инфекционными больными мама отрицает. Утверждает, что беременность протекала гладко.

При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое, находится на искусственной вентиляции лёгких в кувезе, катетеризирована правая подключичная вена, проводится инфузия растворов. Отмечается «плоское лицо», брахицефалия, кожная складка на шее, эпикантус, поперечная ладонная складка. Кожные покровы бледные. При аускультации выслушивается дующий систолический шум сердца. На передней брюшной стенке в околопупочной области по средней линии определяются эвентрированные петли кишечника, багрового цвета, матовые, нижний край печени, органы погружены в тефлоновый мешок с силиконовым покрытием, закреплённым вертикально над ребёнком, по периферии определяются остатки амниотической оболочки и пуповинный остаток. Анус отсутствует.

- 1. Установите основной и сопутствующие диагнозы.*
- 2. Какие ошибки транспортировки были допущены при переводе ребёнка из родильного дома в стационар?*
- 3. Возможна ли пренатальная диагностика данного заболевания? Если да, то на каком сроке беременности и какова возможная дальнейшая тактика?*
- 4. Какой вид родоразрешения и где рекомендован при данной патологии плода?*
- 5. Предположите дальнейшую тактику хирурга. Консультация каких специалистов дополнительно необходима?*
- 6. Какие сопутствующие нарушения развития кишечника возникают при данном заболевании, и как это обстоятельство отразится на интраоперационной тактике?*
- 7. Какие ухудшающие состояние ребёнка факторы Вы можете выделить?*

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2

На скрининговое УЗИ исследование пришла женщина, 19 лет, I маточная беременность сроком 12 недель. При проведении эхографии плода выявлено в околопупочной области справа объёмное образование неправильной формы, с неровными контурами, тесно примыкающее к передней брюшной стенке, представленное петлями кишечника. При этом сосуды пуповины интактны, не связаны с эвентрированными органами, область прикрепления пуповины к передней брюшной стенке не изменена. Отмечается задержка внутриутробного развития плода.

- 1. Установите возможный диагноз.*
- 2. Какая дальнейшая тактика ведения данной беременности?*
- 3. Перечислите основные риски беременности при данной патологии.*
- 4. Какой вид родоразрешения и где рекомендован при данной патологии плода?*

5. С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию? Перечислите основные признаки отличия.

6. Опишите тактику хирурга после рождения ребёнка с данным заболеванием.

7. Какие сопутствующие нарушения развития кишечника возникают при данном заболевании и как это обстоятельство отразится на интраоперационной тактике?

8. Какой прогноз у данного заболевания?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3

Из родильного дома в детское хирургическое отделение в экстренном порядке переведён новорождённый в возрасте 4 суток с жалобами на многократную рвоту, резкое вздутие живота в эпигастральной области и отсутствие стула.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности I родов, беременность протекала гладко, роды путём кесарева сечения по причине анатомически узкого таза матери в срок 37 недель. Наследственность не отягощена. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 52 см, вес 3500 г. Меконий отошёл в первые сутки. Вскармливание грудное.

Из анамнеза болезни: на 3 сутки жизни возникла многократная рвота, после каждого кормления, после отхождения мекония стула не было. Живот резко вздут в области эпигастрия, болезненный при пальпации. Ребёнок беспокоен, плачет. Перистальтика кишечника аускультативно не выслушивается.

По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости – выявлен «симптом двойного пузыря» (double bubble), желудок резко раздут, отсутствует пневматизация кишечника.

Из УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Червеобразный отросток не визуализируется. По данным доплерографии выявлен обратный спиралевидный ход мезентериальных сосудов.

Ребёнок после кратковременной предоперационной подготовки взят на операцию – лапаротомию. При ревизии брюшной полости выявлено, что слепая кишка находится в эпигастральной области и фиксирована плоскостными спайками к двенадцатиперстной кишке. Тонкий кишечник большей частью локализован справа, а толстый кишечник, вместе с червеобразным отростком, слева. Выявлен перекрут брыжейки тонкой кишки, который устранён, явлений некроза кишечника не выявлено.

1. Сформулируйте основные симптомы, выявленные у ребёнка.

2. Установите послеоперационный диагноз.

3. Объясните суть «симптома двойного пузыря» (double bubble). При каких патологиях выявляется этот симптом?

4. В какой период эмбриогенеза сформировалось данное заболевание? Раскройте его патогенез.

5. Предположите объём оперативного вмешательства при данной патологии.

6. Опишите топографическую анатомию кишечника после оперативного вмешательства.

7. Верна ли тактика хирурга в экстренном оперативном вмешательстве без длительной предоперационной подготовки?

8. Какие возможны осложнения у данной патологии?

Оценочная часть

01. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является:

- А) совместные патолого-анатомические конференции;
- Б) совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;
- В) летальная комиссия;
- Г) научно-практическая конференция;
- Д) консультация больных с сотрудниками кафедры.

02. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:

- А) пороки развития;
- Б) гнойно-воспалительные заболевания;
- В) злокачественные опухоли;
- Г) сосудистые дисплазии;
- Д) родовая травма.

03. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:

- А) физические;
- Б) химические;
- В) биологические;
- Г) генетические аберрации;
- Д) гиповитаминоз матери.

04. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения:

- А) средняя длительность пребывания больного на койке;
- Б) число пролеченных больных;
- В) летальность;
- Г) процент выполнения плана по койко-дням;
- Д) оборот койки.

05. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:

- А) хронические производственные отравления;
- Б) вирусная инфекция;
- В) лекарственные вещества;
- Г) радиация;
- Д) сочетание нескольких повреждающих факторов.

06. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:
- А) врождённые генетические заболевания;
 - Б) повреждение растущих органов и систем;
 - В) диспропорция роста и дисфункция созревания;
 - Г) сочетание факторов А и Б;
 - Д) приобретённые заболевания.
07. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:
- А) обширной лимфангиоме шеи;
 - Б) стенозе прилоханочного отдела мочеточника;
 - В) клапане задней уретры;
 - Г) врожденной кишечной непроходимости;
 - Д) врождённая гидроцефалия.
08. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:
- А) оценку по Апгар;
 - Б) массу тела;
 - В) степень нарушения мозгового кровообращения;
 - Г) выраженность респираторного дистресс-синдрома;
 - Д) коэффициента оценки метаболизма.
09. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:
- А) пластику пищевода при его атрезии;
 - Б) пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже;
 - В) пластику неба;
 - Г) анастомоз тонкой кишки при ее атрезии;
 - Д) пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе.
10. Нечелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:
- А) частичной кишечной непроходимости;
 - Б) тератомы крестцово-копчиковой области;
 - В) нарушения оттока мочи;
 - Г) дермоидной кисты надбровья;
 - Д) пластики верхней губы.
11. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
- А) врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ;
 - Б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
 - В) атрезия пищевода без свища;
 - Г) атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;
 - Д) атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом.
12. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаяющий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:
- А) цианоз;
 - Б) одышка;
 - В) запавший живот;
 - Г) пенистые выделения изо рта;
 - Д) хрипы при аускультации легких.

13. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:

- А) уровень атрезии;
- Б) форму атрезии;
- В) степень воспалительных изменений в легких;
- Г) ширину трахео-пищеводного свища;
- Д) выявить сопутствующую атрезию кишечника.

14. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:

- А) на правом боку;
- Б) с возвышенным тазовым концом;
- В) вертикальное;
- Г) горизонтальное;
- Д) положение значения не имеет.

15. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:

- А) циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис;
- Б) методика Баирова;
- В) анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом;
- Г) наложение швов по Хайят;
- Д) метод «конец с бок».

16. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:

- А) использование атравматической нити;
- Б) диастаз между концами пищевода не более 1.5 - 2 см;
- В) редкие узловые швы (интервал 2 мм);
- Г) мобилизация верхнего отрезка пищевода;
- Д) мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1.5 см.

17. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

- А) реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;
- Б) гастростомия, дренирование средостения;
- В) реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;
- Г) консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);
- Д) считать больного инкурабельным.

18. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:

- А) длительный гастроэзофагальный рефлюкс;
- Б) стеноз пищевода;
- В) реканализация трахеопищеводного свища;
- Г) рецидивирующая аспирационная пневмония;
- Д) дисфагия.

19. 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;
 - Д) общая стенка пищевода с трахеей.
20. 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;
 - Д) рецидивирующая аспирационная пневмония.
21. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:
- А) эзофагоскопия;
 - Б) трахеобронхоскопия;
 - В) проба с метиленовой синью;
 - Г) рентгеноконтрастное исследование пищевода;
 - Д) трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.
22. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:
- А) в первые дни после рождения;
 - Б) на второй неделе жизни;
 - В) на третьей неделе жизни;
 - Г) на четвёртой неделе жизни;
 - Д) после 1 месяца жизни.
23. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:
- А) склонность к запорам;
 - Б) желтуха;
 - В) рвота «фонтаном»;
 - Г) жажда;
 - Д) олигурия.
24. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:
- А) малой прибавкой;
 - Б) возрастным дефицитом;
 - В) прогрессирующим падением;
 - Г) неравномерной прибавкой;
 - Д) отсутствием прибавки.
25. При пилоростенозе стул:
- А) частый, жидкий, зловонный;
 - Б) постоянный запор;
 - В) обильный непереваренный;
 - Г) скудный, темно-зеленый;
 - Д) водянистый.
26. Характер рвоты при пилоростенозе:

- А) слизью;
- Б) желчью;
- В) зеленью;
- Г) с примесью крови;
- Д) створоженным молоком.

27. Перистальтика желудка при пилоростенозе:

- А) отсутствует;
- Б) усилена;
- В) постоянная антиперистальтика;
- Г) обычная;
- Д) эпизодическая.

28. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А) симптом «песочных часов»;
- Б) вздутие эпигастрия после кормления;
- В) пальпация увеличенного привратника;
- Г) гипотрофия;
- Д) олигурия.

29. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют пилоростеноз:

- А) с артерио-мезентеральной непроходимостью;
- Б) с коротким пищеводом;
- В) с ахалазией пищевода;
- Г) с халазией пищевода;
- Д) с родовой травмой.

30. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови.

- А) нарушения мозгового кровообращения;
- Б) пилоростеноз;
- В) частичная высокая непроходимость;
- Г) халазия, эзофагит;
- Д) пилороспазм.

31. У ребенка 1.5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо идет в весе, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне:

- А) пилороспазм;
- Б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- В) высокая частичная кишечная непроходимость;
- Г) постгипоксическая энцефалопатия;
- Д) муковисцедоз.

32. К возможным осложнениям после пилоротомии в отдаленные сроки относятся:

- А) язвенная болезнь желудка;
- Б) гастродуоденит;
- В) спаечная непроходимость;
- Г) восходящий холангит;
- Д) несостоятельность пилорического кома.

33. Летальность после пилоротомии составляет:

- А) 0,1%;
- Б) 0,5-1,0%;
- В) 1,5-2,0%;
- Г) 2,5-3,0%;
- Д) 3,5-4,0%.

34. Среди причин кишечной непроходимости у младенцев вызывает атрезию кишечника:

- А) нарушение вращения кишечника;
- Б) кистозный панкреатит;
- В) нарушение иннервации кишечной стенки;
- Г) аномальный сосуд;
- Д) нарушение эмбриогенеза кишечной трубки на стадии солидного шнура.

35. При операции по поводу мембранозной формы атрезии 12-перстной кишки не следует делать:

- А) пальпаторное и с помощью зонда обнаружение мембраны;
- Б) резекцию кишки;
- В) ревизию кишечника;
- Г) верхнесрединную лапаротомию;
- Д) рассечение стенки кишки над мембраной и иссечение мембраны.

36. Наиболее частым осложнением радикальной операции по поводу атрезии 12-перстной кишки является:

- А) пневмония;
- Б) замедление восстановления моторики 12-перстной кишки;
- В) стенозирование анастомоза;
- Г) острой почечной недостаточности разной степени;
- Д) метаболических нарушений.

37. Низкую кишечную непроходимость у новорожденного отрицает симптом:

- А) многократной рвоты застойным отделяемым;
- Б) отсутствия стула;
- В) аспирации;
- Г) мягкого безболезненного живота;
- Д) вздутого болезненного живота.

38. Мекониевой рвоты не может быть при:

- А) перитоните;
- Б) острой форме болезни Гиршпрунга;
- В) атрезии тонкой кишки;
- Г) атрезии прямой кишки;
- Д) атрезии ободочной кишки.

39. При пластических операциях на пищеводе и кишечнике у новорожденных и недоношенных детей оптимальным методом хирургического шва является:

- А) двухрядный шов капроном;
- Б) однорядный узловый атравматической нитью;
- В) П-образный узловый однорядный;
- Г) непрерывный однорядный;
- Д) механический шов.

40. Наиболее тяжелым осложнением в послеоперационном периоде у ребенка, оперированного по поводу атрезии тонкой кишки, является:
- А) пневмония;
 - Б) метаболические нарушения;
 - В) стойкий парез кишечника;
 - Г) нарушение мозгового кровообращения;
 - Д) острая почечная недостаточность.
41. Из перечисленных вариантов кишечного соустья у новорожденного с атрезией подвздошной кишки и большой разницей в диаметре приводящего и отводящего отделов кишечной трубки наиболее целесообразным является:
- А) анастомоз «конец в конец»;
 - Б) U-образный анастомоз;
 - В) анастомоз «конец в бок»;
 - Г) двойная илеостомия по Микуличу;
 - Д) анастомоз «бок в бок».
42. Боковая инвертограмма новорожденного с атрезией заднего прохода должна быть сделана через 24-26 часов для того, чтобы:
- А) подтвердить диагноз;
 - Б) обнаружить уровни в кишечнике;
 - В) определить объем и сроки предоперационной подготовки;
 - Г) определить высоту атрезии;
 - Д) выявить сопутствующие пороки.
43. У ребенка с атрезией ануса и прямой кишки целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстин:
- А) сразу после рождения;
 - Б) через 8 часов после рождения;
 - В) через 12 часов после рождения;
 - Г) через 24-26 часов после рождения;
 - Д) через 36 часов после рождения.
44. Из предложенных методов диагностики уровня атрезии прямой кишки наиболее информативным является:
- А) боковая инвертограмма через 24-26 часов после рождения;
 - Б) пункция промежности;
 - В) выявление симптома толчка;
 - Г) расстояние между седалищными буграми;
 - Д) УЗИ промежности.
45. Девочка в возрасте 1 суток с весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенку показано:
- А) операция в возрасте 1 года;
 - Б) отсроченная операция в периоде новорожденности;
 - В) бужирование свища и операция в 6-8 месяцев;
 - Г) экстренная операция;
 - Д) операция в 4-5 лет.
46. Наиболее значимым симптомом заворота кишечника у новорожденного является:
- А) беспокойство;

- Б) страдальческое выражение лица;
- В) кровь из прямой кишки;
- Г) пальпируемое болезненное опухолевидное образование;
- Д) повторная рвота застойным отделяемым.

47. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица.

- А) язвенно-некротический энтероколит;
- Б) инвагинации кишечника;
- В) заворот кишечника;
- Г) полип прямой кишки;
- Д) геморрагический синдром с меленой.

48. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз:

- А) пилоростеноз;
- Б) частичная высокая кишечная непроходимость;
- В) низкая кишечная непроходимость;
- Г) синдром Ледда;
- Д) инвагинация кишечника.

49. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Для уточнения диагноза следует выполнить:

- А) пальпацию живота;
- Б) контрастную ирригографию;
- В) обзорную рентгенографию органов брюшной полости;
- Г) введение газоотводной трубки и клизму для выявления примеси крови;
- Д) УЗИ брюшной полости.

50. Укажите манипуляцию, которую не целесообразно выполнять у новорожденного с синдромом Ледда:

- А) ликвидацию заворота кишечника;
- Б) цекопексию;
- В) рассечение эмбриональных спаек;
- Г) аппендэктомию;
- Д) проведения зонда в тощую кишку для энтерального питания.

51. Недоношенный ребенок с весом 1800 г с НМК II-III степени и врожденным пороком сердца поступил в клинику с диагнозом атрезии ануса и прямой кишки. При обследовании выявлена промежуточная форма атрезии со свищем в уретру. Наиболее целесообразным методом оперативного вмешательства является:

- А) колостомия на восходящую кишку
- Б) радикальная операция в возрасте 1 суток;
- В) трансверзостомия
- Г) терминальная колостомия с иссечением свища;

Д) сигмостомия.

52. Рациональный начальный метод лечения неосложнённой мекониевой непроходимости предусматривает:

- А) двойную илеостомию по Микуличу;
- Б) энтеростомию, отмывание мёкония из просвета кишки;
- В) U-образный анастомоз;
- Г) высокая клизма с гастрोगрафином (верографин) и АЦЦ;
- Д) подвесную илеостомию.

53. Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является

- А) ятрогенные повреждения;
- Б) дефицит лизоцима;
- В) язвенно-некротический энтероколит III и IV стадии;
- Г) порок развития стенки кишки;
- Д) заменное переливание крови.

54. Для перитонита новорожденных нехарактерным клиническим симптомом является:

- А) эксикоз;
- Б) вздутие живота;
- В) задержка стула;
- Г) полиурия;
- Д) сердечно-сосудистые нарушения.

55. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является:

- А) жидкий стул;
- Б) рвота застойным отделяемым;
- В) отек, гиперемия брюшной стенки;
- Г) лейкоцитоз;
- Д) динамическая непроходимость.

56. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, синюшная окраска нижней половины туловища, срыгивание.

- А) парез кишечника;
- Б) тромбоз подвздошных сосудов;
- В) нарушение мозгового кровообращения III степени;
- Г) перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум;
- Д) низкая кишечная непроходимость.

57. Желтуха при гемолитической болезни новорожденного обычно появляется:

- А) с момента рождения;
- Б) с 1-2 дня, быстро прогрессирует;
- В) со 2 дня, быстро исчезает;
- Г) с 3 дня жизни;
- Д) со 2-8 недели.

58. Билирубиновый обмен у новорожденных не зависит от:

- А) снижения способности печени к конъюгации билирубина;
- Б) анатомических особенностей строения желчевыводящей системы;
- В) гистологической незрелости тканей гематоэнцефалического барьера;

- Г) недостаточности витамина С;
- Д) ранимости всей системы билирубинового обмена в условиях патологии.

59. Из перечисленных клинических симптомов спинно-мозговой грыжи служит показанием к экстренной операции:

- А) большое опухолевидное образование в поясничной области;
- Б) нарушение функции тазовых органов;
- В) парез нижних конечностей;
- Г) разрыв оболочек с истечением ликвора;
- Д) резкое истончение кожи над грыжей.

60. Периодическое выделение различных количеств мочи из пупка обычно вызвано:

- А) экстрофией мочевого пузыря;
- Б) полным свищем урахуса;
- В) эписпадией;
- Г) клапанами задней уретры;
- Д) дивертикулом мочевого пузыря.

61. Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при:

- А) инфицировании свищевого хода;
- Б) флегмонозном омфалите;
- В) потере кишечного содержимого;
- Г) мацерации кожи вокруг пупка;
- Д) эвагинации кишечника.

62. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика размером 4-5 см, через 2 часа после рождения. Ребенку показана:

- А) обработка оболочек раствором перманганата калия; Б) экстренная операция;
- В) обзорная рентгенография брюшной полости;
- Г) радикальная операция на вторые сутки жизни;
- Д) I этап операции Гросса после 2-4 часов подготовки.

63. В клинику доставлен новорожденный с эмбриональной грыжей пупочного канатика средних размеров, глубоко недоношенный с нарушением мозгового кровообращения III степени, врожденным пороком сердца. Ребёнку показана:

- А) экстренная операция (I этап по Гроссу);
- Б) обработка оболочек раствором перманганата калия;
- В) отсроченная радикальная операция;
- Г) подшивание пластикового мешка;
- Д) повязка с антисептиком.

64. Наиболее частой причиной летального исхода при эмбриональной грыже пупочного канатика является:

- А) перитонит;
- Б) сепсис;
- В) тяжелый сочетанный порок развития;
- Г) пневмония;
- Д) нарушение гемостаза.

65. Среди перечисленных анатомо-физиологических особенностей у новорождённого с гастрошизисом укажите нехарактерную:

- А) сопутствующие генетические заболевания;

- Б) грыжевой мешок отсутствует;
- В) выраженный отёк и инфильтрация кишечных петель;
- Г) небольшой размер дефекта передней брюшной стенки;
- Д) сочетанная атрезия кишки.

66. В клинику поступил новорождённый с гастрошизисом через 5 часов после рождения. В родильном доме никакой терапии не проводилось. Укажите среди развивающихся патологических симптомов нехарактерный:

- А) гипотермия;
- Б) гемоконцентрация;
- В) гиповолемия;
- Г) декомпенсированный ацидоз;
- Д) декомпенсированный алкалоз.

67. Среди перечисленных пороков развития верхних дыхательных путей наиболее часто вызывает асфиксический синдром у новорожденного:

- А) атрезия хоан;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) ранула;
- Г) эпулис;
- Д) макроглоссия.

68. Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана:

- А) патологией верхних дыхательных путей;
- Б) патологией органов гортани;
- В) пороком развития органов грудной полости;
- Г) заболеванием легких;
- Д) патологией органов щей.

69. Среди пороков развития и заболеваний органов грудной полости наиболее частой причиной асфиксического синдрома, требующего срочной хирургической коррекции, является:

- А) лобарная эмфизема;
- Б) деструктивная пневмония;
- В) ложная диафрагмальная грыжа;
- Г) врожденные ателектазы;
- Д) опухоль средостения.

70. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна:

- А) диафрагмальная грыжа;
- Б) атрезия хоан;
- В) киста легкого;
- Г) лобарная эмфизема;
- Д) пневмоторакс.

71. У ребенка с резко выраженной дыхательной недостаточностью невозможно провести через нос катетер для отсасывания слизи. Наиболее вероятной причиной этого состояния является:

- А) трахео-пищеводный свищ;
- Б) синдром Пьера - Робена;
- В) атрезия хоан;

- Г) макроглоссия;
- Д) порок развития твердого неба.

72. Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место:

- А) при истинных грыжах собственно диафрагмы;
- Б) при дефектах диафрагмы;
- В) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- Г) при передних грыжах;
- Д) при френоперикардальных грыжах.

73. У новорожденного с диафрагмальной грыжей и ДН укажите нехарактерный клинический признак:

- А) смещение средостения;
- Б) цианоз, усиливающийся при плаче;
- В) перистальтические шумы при аускультации легких;
- Г) сердечно-сосудистая недостаточность;
- Д) вздутый живот.

74. Наиболее частым осложнением врожденной кисты легкого у младенцев является:

- А) разрыв кисты с образованием пневмоторакса;
- Б) напряженное состояние кисты;
- В) кровотечение;
- Г) нагноение кисты;
- Д) быстрое увеличение размеров кисты.

75. Пальпируемое образование в брюшной полости чаще всего вызвано:

- А) воспалительным процессом;
- Б) пороком развития МВС;
- В) неопластическим процессом;
- Г) повреждением органа в родах;
- Д) пороком развития ЖКТ.

76. У новорожденного 28 дней имеется обширная гемангиома в области спины и грудной клетки, множественные гемангиомы на конечностях, тромбоцитопения. Ребенку следует рекомендовать:

- А) этапное хирургическое лечение;
- Б) гормонотерапию;
- В) короткофокусную рентгенотерапию;
- Г) криодеструкцию многоэтапную;
- Д) гормонотерапию в сочетании с короткофокусной рентгенотерапией.

77. Для опухоли Вильмса наиболее характерно:

- А) макрогематурия;
- Б) пальпируемое образование брюшной полости;
- В) волнообразная лихорадка;
- Г) потеря веса;
- Д) увеличение живота.

78. Определяющим принципом терапии хирургического сепсиса является:

- А) санация очага;
- Б) иммунокоррекция;

- В) подавление возбудителя;
- Г) управляемая гипокоагуляция;
- Д) коррекция нарушений гемодинамики.

79. У ребенка 10 дней поставлен диагноз острого гнойного левостороннего мастита. Нечетко определяется флюктуация. Ребенку необходимо выполнить:

- А) согревающий компресс;
- Б) мазовую повязку;
- В) 1-3 радиальных разреза над инфильтратом, отступая от ореолы;
- Г) антибиотики без хирургического вмешательства;
- Д) пункцию, отсасывание гноя, промывание полости абсцесса.

80. Типичной локализацией рожистого воспаления у детей младшего грудного возраста является:

- А) пояснично-крестцовая область;
- Б) грудная клетка;
- В) лицо;
- Г) промежность и половые органы;
- Д) конечности.

81. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:

- А) динамическое наблюдение;
- Б) пункцию образования;
- В) попытку «вправления» образования в брюшную полость;
- Г) рентгенографию брюшной полости;
- Д) операцию - ревизию пахово-мошоночной области.

82. Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных:

- А) околопупочная область;
- Б) передняя грудная стенка;
- В) лицо;
- Г) задняя поверхность тела;
- Д) открытые поверхности тела.

83. К правильным действиям при манипуляциях в очаге у больного некротической флегмоной новорожденных относятся:

- А) дренирование раны резиновыми выпускниками;
- Б) дренирование ирригатором для введения антибиотиков;
- В) повязка с гипертоническим раствором;
- Г) разрушить инструментом слепые карманы в подкожной клетчатке;
- Д) тампонировать рану после разрезов.

84.. Для остеомиелита новорожденных наиболее характерно:

- А) множественность поражения костей;
- Б) внутриутробный остеомиелит;
- В) учащение поражения плоских костей;
- Г) преобладание грам-отрицательной и анаэробной флоры;
- Д) преобладание грам-положительной флоры.

85. Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является:

- А) пастозность тканей, окружающих сустав;
- Б) вялое сосание;
- В) клиника «псевдопареза»;
- Г) субфебрильная температура;
- Д) гиперемия кожи.

86. Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденных локализацией патологического процесса в кости является:

- А) эпифиз;
- Б) диафиз;
- В) метаэпифизарная зона;
- Г) тотальное поражение кости;
- Д) метадиафизарное поражение.

87. Достоверным рентгенологическим признаком язвенно-некротического энтероколита III стадии является:

- А) множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок;
- Б) повышенное газонаполнение кишечной трубки;
- В) локальное утолщение стенки кишечных петель;
- Г) локальный пневматоз кишечной стенки
- Д) жидкость в полости малого таза.

88. Повышенная кровоточивость у новорожденного вызвана чаще всего с:

- А) дефицитом витамина К;
- Б) ДВС-синдромом;
- В) врожденными тромбопатиями;
- Г) врожденными коагулопатиями;
- Д) анатомо-физиологическими особенностями.

89. Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается:

- А) кровотечение из пупка;
- Б) кровотечение из желудочно-кишечного тракта;
- В) нарастающая кефалогематома;
- Г) кровоизлияние в надпочечник;
- Д) кровотечение из трахеи.

90. Укажите нехарактерный для кефалогематомы симптом:

- А) деформация головы ребенка;
- Б) гематома, отслаивающаяся надкостницу;
- В) инфицирование;
- Г) изменения кожи над опухолью;
- Д) характерная флюктуация.

91. У новорожденного 3 дней обширная кефалогематома справа в теменной области. Следует рекомендовать:

- А) лечения не требуется;
- Б) пункцию кефалогематомы в возрасте 5 дней;
- В) разрез в области кефалогематомы;
- Г) физиотерапию;
- Д) пункцию кефалогематомы на 9-10-й день жизни.

92. Наиболее ярким клиническим симптомом внутричерепного кровоизлияния у новорожденного является:
- А) анемия;
 - Б) апноэ, судороги;
 - В) гипотермия;
 - Г) выбухание большого родничка, нистагм;
 - Д) изменения в вегетативной нервной системе.
93. Укажите нехарактерный симптом кровоизлияния в надпочечники у новорожденного:
- А) анемия;
 - Б) сердечная недостаточность;
 - В) пальпируемое опухолевидное образование;
 - Г) сосудистая недостаточность;
 - Д) парез кишечника.
94. Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место:
- А) перелом костей черепа;
 - Б) перелом ключицы;
 - В) перелом бедра;
 - Г) перелом плечевой кости в диафизе;
 - Д) травматический эпифизеолиз плечевой кости.
95. Укажите нетипичный симптом при родовом переломе ключицы:
- А) гематома;
 - Б) крепитация;
 - В) псевдопарез;
 - Г) припухлость в средней трети ключицы;
 - Д) безболезненная пальпация.
96. Укажите среди ниже перечисленных признаков родового перелома бедра неверный:
- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
 - Б) конечность согнута в коленном и тазобедренном суставах;
 - В) отсутствие отека тканей бедра;
 - Г) резкое ограничение движений;
 - Д) крепитация отломков.
97. Оптимальным методом лечения при переломе бедра у новорожденного является:
- А) лейкопластырное вытяжение по Шеде;
 - Б) лейкопластырное вытяжение по Блаунту;
 - В) гипсовая лонгета;
 - Г) фиксация конечности к животу повязкой;
 - Д) оставить без фиксации.
98. Сроки иммобилизации при переломе бедра у новорожденного составляют:
- А) 7 дней;
 - Б) 12-14 дней;
 - В) 15-21 день;
 - Г) 22-28 дней;
 - Д) 1 месяц.
99. Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является:

- А) асимметрия кожных складок;
- Б) симптом «щелчка» (соскальзывания);
- В) ограничение разведения бедер;
- Г) укорочение одной из конечностей;
- Д) наружная ротация бедра.

100. Выберите нехарактерный симптом родового перелома плечевой кости:

- А) в анамнезе — акушерское пособие при родах;
- Б) отсутствие активных движений в руке;
- В) угловая деформация конечности;
- Г) трудно диагностируется;
- Д) крепитация отломков.

Руководитель образовательной программы



А.И. Перепелкин