

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Наумова Наталия Александровна

Должность: Ректор

Дата подписания: 24.09.2024 09:10:04

Уникальный программный ключ:

6b5279da4e034bffa679172803da5b7b5559fc69e2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»

(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН на заседании кафедры

Протокол от «11» 09 2024 г. № 7

Зав. кафедрой

/Асташов В.Л./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Детская хирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи

2024

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	300

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии и оценивания	Шкала оценивания
ДПК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья,	Тестирование, устный опрос, реферат	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата

			повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека. Уметь планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности,	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Экзамен	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки

			факторы, формирующие здоровье человека. Уметь планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности. Владеть статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.		
ДПК-2	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Уметь организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического	Тестирование, устный опрос, реферат	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата

			учреждения.		
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Уметь организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения. Владеть навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Экзамен	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Пороговый уровень

Знать: теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека.

1. Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника.

3. Диагностика. Лечение. Прогноз.
4. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
5. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
6. Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
7. Врожденный вывих бедра.
8. Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
9. Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
10. История развития детской хирургии в дореволюционной России в период Октябрьской социалистической революции (больничный период, клинический период).

Продвинутый уровень

Уметь: планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.

- 1) Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
 - 2) Основные виды мегаколона по этиологии.
 - 3) Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
 - 4) Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
 - 5) Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
- Владеть:** статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.

- 1) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 2 лет. Жалобы на увеличения левой половины мошонки. В ходе беседы выявлено, что к вечеру размеры левой половины мошонки становятся больше, боли не беспокоят. Травм, операций не было. Простудных, вирусных заболеваний последние 6 месяцев не было. Ребёнок от I беременности. Течение беременности без особенностей. Роды I, срочные, масса тела ребёнка при рождении 3100 г, рост 51 см. Растёт и развивается соответственно возрасту. Аллергоанамнез спокоен. Общесоматический статус не страдает. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС — 106 в минуту. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Стул ежедневный, самостоятельный. Мочеиспускание регулярное. Местно: при осмотре асимметрия мошонки за счёт увеличения левой половины. При пальпации определяется опухолевидное образование, эластической консистенции с флюктуацией, контуры ровные, безболезненное, размером 4,0?3,5 см., не вправляющееся в брюшную полость. Яичко в мошонке, возрастных размеров, контуры яичка ровные. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с пахово-мошоночной грыжей.
3. Определите план диагностических мероприятий.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Определите необходимость санпросвет работы, направленной на раннюю диагностику и лечения данного заболевания.

Ответ:

1. Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка.
2. Для пахово-мошоночных грыж нехарактерно: постоянная асимметрия мошонки, варьирующая в течение суток, симптом флюктуации, отсутствие расширенного наружного пахового кольца, консистенция мягко-эластического характера, не вправляется в брюшную полость. Положительный симптом диафаноскопии. УЗИ органов мошонки показывает наличие необлитерированного вагинального отростка брюшины, наличие жидкости, яичко не имеет патологических изменений.
3. Диагностика базируется на основании клинического осмотра, по показаниям выполняется УЗИ органов мошонки.
4. Учитывая возраст ребенка, показано оперативное лечение – перевязка влагалищного отростка брюшины (операция Росса). После двухлетнего возраста вероятность реабсорбции водяночной жидкости крайне мала, в то же время роль негативного воздействия на паренхиму, рост и развитие яичка возрастает.
5. Проведение регулярных профилактических осмотров детей врачом-педиатром участковым и врачом-детским хирургом на первом году жизни. Показание к операции — дети старше двух лет.

- 2) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения.

Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании

жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).

3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведении яичка в мошонку.

4. Ребенок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением **сонографического** мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.

5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

3) На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и **гиперемия** левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и **гиперемия** левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.
3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.
4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.

5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

- 4) Мать вызвала на дом врача-педиатра участкового к девочке 5 месяцев, жалуется на выраженное беспокойство ребёнка. Приступы беспокойства начались внезапно 6 часов назад. Приступ беспокойства длится 5-7 минут, затем ребёнок успокаивается. Температура не повышалась. Рвоты не было. Стула не было, газы не отходят. Родилась от беременности, протекавшей с гестозом. В период новорождённости перенесла энтероколит. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, бледный. Язык сухой. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс — 120 ударов в минуту, доволнительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правом подреберье определяется образование цилиндрической формы, умеренно подвижное и резко болезненное при пальпации. В правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется. На памперсе — из прямой кишки выделяется слизь тёмно-малинового цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника.
 2. Диагноз «инвагинация кишечника» установлен на основании жалоб (боль в животе приступообразного характера (приступы беспокойства), сменяющиеся периодами спокойного поведения ребенка (светлыми промежутками)); данных анамнеза (заболела остро, отсутствие температуры, стула и газов); данных объективного осмотра (наличие в правом подреберье образования цилиндрической формы, болезненного при пальпации, в правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется, из прямой кишки выделилась слизь темно-малинового цвета).
 3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана пневмоирригоскопия, дезинвагинация воздухом.
 4. Проведение пневмоирригоскопии, дезинвагинации.
 5. После выписки из стационара ребенок соблюдает диету по возрасту без введения новых продуктов, обследование на дисбактериоз кишечника.
- 5) На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в животе, повышение температуры и рвоту у мальчика 12 лет. Боли в животе постоянного характера возникли рано утром и локализовались сначала в эпигастральной области. К моменту обращения боль переместилась в правую подвздошную область. Мать давала таблетку Но-шпы. Боль в животе сохранялась. Отмечалась однократная рвота съеденной пищей. Температура тела – 37,6°C. Ребёнок от I нормально протекавшей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. [БЦЖ](#) в роддоме. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. В контакте с tbc не был. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 110 ударов в минуту,

удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре умеренно вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Там же определяются напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Врач-педиатр участковый направил в лабораторию поликлиники, выполнен общий анализ крови: RBC — $3,5 \cdot 10^{12}/л$, HGB — 120 г/л, WBC — $12,6 \cdot 10^9/л$, EOS — 4%, NEU — 76%, LYM — 18%, MON — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. **Острый аппендицит.**
2. Диагноз «острый аппендицит» установлен на основании жалоб: боль в животе постоянного характера, температура, рвота; данных анамнеза (заболел остро, наличие симптома Кохера (боль переместилась из эпигастрия в правую подвздошную область)), отсутствия положительной динамики на прием спазмолитической терапии; симптома локальной болезненности напряжения мышц передней брюшной стенки и симптома раздражения брюшины в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез.
3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана операция аппендэктомия в неотложном порядке.
4. В послеоперационном периоде: антибактериальная терапия 5 дней (**цефалоспорины** 2-3 поколения), обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), соблюдает диету (исключая сырые овощи и фрукты, жирное жаренное), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Пороговый уровень

Знать: содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

1. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология.
2. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.
3. Пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, халазия кардии.
4. Врожденные диафрагмальные грыжи. Врожденно-короткий пищевод. Сроки и принципы оперативного лечения.
5. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования – бронхография, ангиография, их техника.

6. Бактериальная деструкция легких. Осложненные формы, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью – абсцессы легкого, пиоторакс, пневоторакс, пиопневмоторакс.
7. Пороки развития брюшной стенки и пупка. Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона.
8. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения.
9. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика.
10. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника.

Продвинутый уровень

Уметь: организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения.

1. Заболевания прямой кишки. Кровотечения, полипоз, полипы, трещины, аллергический колит. Выпадение прямой кишки.
2. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Диф. диагностика.
3. Эхинококк печени. Клиника и диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.
4. Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста.
5. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Современные классификации перитонита – по путям возникновения, течению, локализации (первичные и вторичные, местные, диффузные, разлитые и т.д.). Принципы лечения.

Владеть: навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.

- 1) Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого, окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Стеноз 12-ти п.к-ки возникает также, как атрезия, за исключением того, что препятствие в виде перепонки не сплошное, а перфорированное. Чаще локализуется около большого сосочка 12-ти п. к-ки. **Клиника.** См задачу. **Диагностика.** 1) осмотр; 2) рентген (на обзорном снимке 2-а ур-ня жидкости в верхнем этаже брюшной полости и резко сниженное газонаполнение кишечника в нижних отделах живота). При рентгеноконтрастном исследовании – широкие ур-ни взвеси в

желудке и 12-ти п.к-ке и скудное поступление контраста в петли тощей кишки, расположенные анатомически правильно, в левой эпигастральной обл-ти. **Лечение** – оперативное: дуоденотомия с иссечением мембраны.

- 2) Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен меконий стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Нв - 220г/л, Нт - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз со значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение хронической почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений. К этой группе заб-ний относятся пороки развития, травматические повреждения, гнойно-септические заб-я, опухоли. В верхнем этаже брюшной полости м.б.: опухоли, исходящие из печени (солитарная киста печени, киста общего желчного протока, доброкачественная или злокачественная опухоль, подкапсульная гематома печени); абсцесс пупочной вены. В среднем этаже брюшной полости – чаще энтерокистомы. В нижнем этаже: солитарная или тератоидная (осложненная или неосложненная) киста яичника, гидрокольпос или гематометра при атрезии влагалища и девственной плевы, нейрогенный мочевой пузырь, киста урахуса. **Диагностика.** 1) Антенатальное исследование плода; 2) после рождения – комплексное исследование: клиника, лаб. иссл-я, УЗИ, радиоизотопное исследование, цистография, ангиография, КТ. Если подтверждается диагноз гидронефроз со значительным нарушением почек – можно прибегнуть к предварительной деривации мочи с помощью нефростомии; при улучшении почечных ф-ций – выполнение реконструктивной операции.

- 3) Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 недель. Роды на 36 неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зеленые. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела 2200. Состояние после рождения расценено как тяжелое, вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипное, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Желтуха с 2-х суток. С 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью желчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул меконийный со слизью 2-3 раза, скудными порциями. Теряет в весе. К 6-м суткам состояние ребенка ухудшилось, наросли явления токсикоза и экзикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено до 60 мл. Кожные покровы бледно-цианотичные, мраморные, тургор снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отечна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При

осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Вес ребенка 2150, рН-7,21, рСО₂ - 38, ВЕ - 12, Нb-145 г/л, Ht- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики.

ОТВЕТ: Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция. Некротический энтероколит (НЭК) – развивается в результате: 1) тяжелой неонатальной гипоксии и асфиксии; 2) осложнений инфузионной терапии и ЗПК; 3) декомпенсации тяжелого врожденного порока сердца; 4) декомпенсированной формы б-ни Гиршпрунга; 5) нерационального применения а/б. **Патогенез.** Вследствие тяжелых микроциркуляторных нарушений в стенке ЖКТ происходит централизация кровообращения со спазмом мезентериальных сосудов => парез кишечника с кровоизлияниями. **Клиника.** 1 стадия (продромальная) – неврологические расстройства, нарушение дыхания и сердечно-сосудистой деятельности, со стороны ЖКТ – симптомы дискинезии – вялое прерывистое сосание, срыгивания молоком, м.б. желчью, аэрофагия, вздутие живота, быстрая потеря массы тела. На рентгене – повышенное равномерное газонаполнение всех отделов ЖКТ с незначительным утолщением стенок кишок. 2 стадия (клинических проявлений) – на 5-9 сутки состояние ухудшается, нарастают симптомы динамической КН. На рентгене – повышенное неравномерное газонаполнение ЖКТ, зоны затемнения, соответствующей области максимального поражения кишечника. Появился субмукозный кистозный пневматоз кишечной стенки, в тяжелых случаях выявляют газ в портальной системе печени. 3 стадия (предперфорации) – выражен парез кишечника, продолжительность стадии не более 12-24 часов, состояние очень тяжелое, выражены симптомы токсикоза и эксикоза, рвота желчью и каловыми массами. На рентгене – нарастает затемнение брюшной полости, наружные контуры кишечных петель теряют четкость очертаний. 4 стадия (перфорации) – симптомы перитонеального шока и паралича кишечника. Перитонит при перфорации отличается: значительной площадью поражения кишечника; выраженностью спаячно-воспалительного процесса в брюшной полости; умеренностью пневмоперитонеума. Наиболее тяжелая форма НЭК – геморрагический инфаркт кишечника. **Лечение:** в 1 ст. – консервативное, посиндромное (снизить объем энтерального кормления, инфузионная терапия и т.д.); во 2 и 3 ст.: а) декомпрессия ЖКТ, при 2 ст. – пауза 6-12 ч, при 3 ст. – исключить прием жидкости через рот на 12-24 ч постоянной асирации содержимого через зонд; б) инфузионная терапия направлена на регидратацию, восстановление микроциркуляции, ликвидацию нарушения гомеостаза и КОС; в) а/б (полимиксин-М по 10 мг/кг/сут в 3 приема или амикацин по 20 мг/кг/сут в 3 приема в комбинации с фузидиновой к-той по 60 мг/кг/сут или рифампицином 10 мг/кг/сут в 3 приема; г) стимулирующая и симптоматическая терапия (переливание гипериммунной плазмы, введение иммуноглобулина, витаминов). При 3 и 4 ст. – оперативное лечение – выключение пораженного отдела кишечника путем наложения колостомы на здоровый вышележащий отдел. После выздоровления – реконструктивная операция через 1-2 мес.

- 4) Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко

вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - “печеночная тупость” не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, рН-7,21, рСО₂-40, ВЕ- -13, Нб- 185г/л, Нт-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения. Этиология

ОТВЕТ: Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Перитонит у новорожденных – грозное осложнение различных патологических состояний. **Этиология:** перфорация стенки ЖКТ (84%) вследствие таких заболеваний, как некротический энтероколит, острый аппендицит, бактериальное инфицирование брюшины контактным, гематогенным, лимфогенным путями при сепсисе. **Классификация:** **1) по этиологии:** а) *перфоративный* – некротический энтероколит, пороки развития ЖКТ, острый аппендицит, деструктивный холецистит и холангит, ятрогенные перфорации полых органов; б) *неперфоративный* – гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины; контактное инфицирование брюшины; **2) по времени возникновения:** а) пренатальный; б) постнатальный; **3) по степени распространения в брюшной полости:** а) разлитой; б) ограниченный; **4) по характеру выпота в брюшной полости:** а) фиброадгезивный; б) фибринозно-гнойный; в) фибринозно-гнойный, каловый. **Диагностика:** 1) клиническая картина; 2) осмотр; 3) обзорная рентгенограмма – под куполом диафрагмы выявлялся значительный пневмоперитонеум. **Лечение:** хирургическое (после пункции бр. полости и снижения внутрибрюшного давления в течение 2-3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку для ликвидации симптомов централизации кровообращения). Производят верхне-поперечную лапаротомию, кишечную петлю с участком перфорации подшивают к бр. стенке в виде кишечного свища --> брюшную полость промывают антисептиками --> дренаж.

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

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения. Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана ирригография с водорастворимым контрастным веществом, биопсия слизистой оболочки с исследованием холинэстеразы. Лечение оперативное. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1) анатомические формы:** а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2) клинические стадии:** а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального

нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде obturatorной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов оболочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** 1) Анамнез, 2) клиника, 3) объективное обследование; 4) рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наולюдают задержку опорожнения к-ка (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). 5) Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). 6) ректальная биопсия стенки толстой к-ки. 7) ректальная манометрия. 8) ректальная электромиография прямой к-ки. 9) гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ка (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и тоже время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

11. Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника.
13. Диагностика. Лечение. Прогноз.
14. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
15. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
16. Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
17. Врожденный вывих бедра.
18. Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
19. Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
20. История развития детской хирургии в дореволюционной России в период Октябрьской социалистической революции (больничный период, клинический период).

21. Анатомо-физиологические особенности растущего организма. Наклонность к генерализованным и гиперергическим реакциям, своеобразие течения обменных процессов и др.
22. Исследование детей с хирургическими заболеваниями. Методы исследования. Дополнительные методы исследования – осмотр во сне, исследование с релаксантами.
23. Значение профилактических осмотров детей для выявления хирургических заболеваний – паховой грыжи, водянки оболочек яичка, крипторхизма, варикоцеле и др.
24. Возрастные сроки оперативной коррекции пороков развития у детей.
25. Особенности организации хирургической помощи новорожденным и грудным детям с пороками развития, гнойными заболеваниями, родовыми повреждениями. Транспортировка. Организация палат, отделений.
26. Особенности онкологии детского возраста. Организация онкологической помощи детям.
27. Особенности реанимации и интенсивной терапии у детей. Особенности анестезиологического пособия у детей.
28. Анафилактический шок. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
29. Принципы лечения острых отравлений у детей.
30. Основные принципы предоперационной подготовки при экстренных и плановых вмешательствах.
31. Переливание компонентов крови и кровезаменителей в детском возрасте. Показания, пути введения. Осложнения, их клиника, диагностика, лечение. Профилактика осложнений и СПИДа.
32. Местная анестезия в детской хирургии. Футлярная и проводниковая анестезия.
33. Деонтология в детской хирургии. Врач-больной ребенок - родители. Повреждения, онкологические больные, тяжелые пороки развития, реанимационные больные. Взаимоотношения с персоналом. Врачебная этика.
34. Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей – сниженная способность к образованию антител, преобладание общей реакции организма над местными проявлениями, склонность к генерализации процесса.
35. Особенности течения инфекции, вызываемой грам-отрицательной и грамположительной микрофлорой, угнетение ретикулоэндотелиальной системы, склонность к интоксикации, сенсibilизации и аутосенсibilизации; склонность к септикопиемии; резистентность к антибиотикам.
36. Хирургический сепсис. Классификация Чикагской Согласительной конференции (1991г.). Принципы лечения гнойной инфекции.
37. Важность определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Значение пассивной и активной иммунизации и стимуляции организма.
38. Флегмона новорожденных. Особенности течения – преобладание некротического процесса над воспалительным, быстрота распространения. Наиболее частая локализация.
39. Мастит новорожденных. Клинические проявления. Осложнения. Хирургическое лечение. Последствия запущенных случаев мастита.
40. Гнойный лимфаденит. Наиболее частая локализация. Особенности течения – склонность к возникновению аденофлегмоны у детей раннего возраста.
41. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология.
42. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.
43. Пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, халазия кардии.

44. Врожденные диафрагмальные грыжи. Врожденно-короткий пищевод. Сроки и принципы оперативного лечения.
45. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования – бронхография, ангиография, их техника.
46. Бактериальная деструкция легких. Осложненные формы, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью – абсцессы легкого, пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс.
47. Пороки развития брюшной стенки и пупка. Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона.
48. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения.
49. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика.
50. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника.

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

6. Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
7. Основные виды мегаколона по этиологии.
8. Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
9. Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
10. Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
11. Блефариты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
12. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Врачебная тактика, показания к консервативному лечению. Особенности оперативной техники при ущемленной паховой грыже.
13. Водянка яичка и семенного канатика. Возрастная частота заболевания. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины. Клиника, диагностика. Методы лечения.
14. Киста семенного канатика – быстроразвивающаяся, островоспалительная. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
15. Аномалии развития желточного протока – врожденные свищи пупка, Меккелев дивертикул. Клиника, диагностика. Осложнения – дивертикулит, кровотечение, эвагинация, кишечная непроходимость.
16. Врожденный пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль фиброгастроскопии. Рентгенодиагностика. Принципы операции пилоротомии.
17. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология. Патогенез. Наиболее частые формы – атрезия, внутренний стеноз, аномалии кишечного вращения (синдром Ледда, заворот средней кишки, внутренние грыжи), энтерокисты, кольцевидная поджелудочная железа.
18. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных и грудных детей. Диагностика. Рентгенодиагностика.
19. Мегадолихоколон. Клиника и диагностика. Рентгенодиагностика. Особенности ухода за больным. Показания к оперативному лечению.
20. Аномалии развития аноректальной области. Свищевые и несвищевые формы. Клинические проявления. Диагностика.

21. Атрезия желчных путей. Формы атрезии – внепеченочные и внутрипеченочные. Клинические проявления. Методы диагностики – клинические, лабораторные.
22. Инвагинация. Этиология. Патогенез. Виды инвагинаций. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика.
23. Странгуляционный илеус. Роль врожденных аномалий – Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки.
24. Обтурационная непроходимость. Копростаз – роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия). Клиника, диагностика.
25. Динамическая непроходимость. Причины динамической непроходимости. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика динамического и механического илеуса.
26. Заболевания прямой кишки. Кровотечения, полипоз, полипы, трещины, аллергический колит. Выпадение прямой кишки.
27. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Диф. диагностика.
28. Эхинококк печени. Клиника и диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.
29. Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста.
30. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Современные классификации перитонита – по путям возникновения, течению, локализации (первичные и вторичные, местные, диффузные, разлитые и т.д.). Принципы лечения.
31. Особенности клинической картины и общие принципы лечения закрытой травмы брюшной стенки и органов брюшной полости – диафрагмы, печени, селезенки, поджелудочной железы, желудка, кишечника, брыжейки и сальника.
32. Кровотечения из верхнего отдела ЖКТ. Кровотечение из среднего отдела ЖКТ. Методы диагностики. Принципы лечения.
33. Спаечная кишечная непроходимость у детей. Классификация, клиника, диагностика. Врачебная тактика. Методы лечения.
34. Частота аномалий развития мочеполовой системы. Аномалии почек.
35. Аномалии лоханок и мочеточников. Врожденный гидронефроз. Причины возникновения, клинические проявления, диагностика. Значение современных методов исследования в диагностике гидронефроза.
36. Удвоение лоханок и мочеточников, уретероцеле, эктопия мочеточника, мегауретер. Диагностика и хирургическое лечение.
37. Аномалии мочевого пузыря – дивертикул мочевого пузыря, обструкция шейки мочевого пузыря, врожденная атония мочевого пузыря. Экстрофия мочевого пузыря, диагностика и способы хирургического лечения.
38. Аномалии мочеиспускательного канала. Эписпадия, гипоспадия.
39. Аномалии развития и опускания яичка. Классификация, клиника и диагностика крипторхизма. Показания к гормональному и хирургическому лечению. Сроки и способы хирургического лечения.
40. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Сроки хирургического лечения. Принцип оперативного вмешательства.
41. Гемангиомы. Формы гемангиом. Клиника, диагностика, особенности развития гемангиом. Осложнения.
42. Лимфангиомы. Формы лимфангиом. Клиника. Диагностика. локализация лимфангиом. Особенности роста. Осложнения. Показания к экстренному оперативному вмешательству.

43. Пороки развития периферических сосудов. Этиология, патогенез. Роль ангиографического исследования – аортография, артериография, венография, лимфография.
44. Пороки развития глубоких вен. Артериовенозные свищи и аневризмы. Пороки развития лимфатических сосудов. Врожденная слоновость.
45. Пигментные пятна. Их формы, особенности течения у детей. Волосистый, бородавчатый, папилломатозный невус.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ДПК-1. Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

Знать: теоретические основы организации и проведения профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения и способы формирования и пропаганды здорового образа жизни; способы ранней диагностики социально-значимых заболеваний, роль гигиены в научной разработке проблемы укрепления здоровья, повышения работоспособности, факторы, формирующие здоровье человека.

Уметь: планировать, анализировать и оценивать состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды; оценивать вероятность неблагоприятного действия на организм естественно-природных, социальных, антропогенных факторов окружающей среды в конкретных условиях жизнедеятельности.

Владеть: статистическими методиками сбора и анализа информации о показателях здоровья населения.

- 1) Деонтология в детской хирургии. Врач - больной, ребенок - родители. Взаимоотношения с персоналом, врачебная этика.
- 2) Флегмона новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагноз, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
- 3) Косолапость. Классификация. Диагностика. Лечение.
- 4) Метаэпифизарный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клиника, диагностика. Особенности хирургического лечения.
- 5) Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клинические формы острого остеомиелита. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
- 6) Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
- 7) Аппендикулярный инфильтрат у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 8) Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет. Дифференциальная диагностика.
- 9) Перитонит у детей. Причины развития перитонита. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.
- 10) Атрезия пищевода. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика врача родильного дома. Принципы хирургического лечения.

ДПК-2. Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

Знать: содержание основных руководящих документов, регламентирующие порядок прохождения и содержание профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

Уметь: организовывать проведение профилактических осмотров и диспансеризации в условиях лечебно-профилактического учреждения.

Владеть: навыками проведения медосмотра в разных возрастных группах и оказывать помощь при необходимости.

Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.

- 1) Современные методы обследования в детской урологии.
- 2) Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика. Лечение.
- 3) Врожденный гидронефроз. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Хирургическое лечение.
- 4) Крипторхизм. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 5) Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
- 6) Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
- 7) Переломы ключицы у детей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
- 8) Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности диагностики у новорожденных и грудных детей. Значение ранней диагностики. Принципы лечения.
- 9) Переломы костей таза у детей. Механизм травмы. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения.
- 10) Врожденная кривошея. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.

ВОПРОСЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ

Укажите все правильные ответы

1. ДВУМЯ ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а рвота пищей

б вздутие живота

в асимметрия живота

г отсутствие стула и газов

д выделение крови из прямой кишки

е рвота с патологическими примесями

2. К ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а атрезия ануса
- б атрезия дуоденум
- в атрезия тощей кишки
- г болезнь Гиршпрунга
- д синдром Ледда
- е пилоростеноз

3. К НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а атрезия ануса
- б атрезия дуоденум
- в атрезия тощей кишки
- г болезнь Гиршпрунга
- д синдром Ледда
- е мекониевый илеус

Укажите правильный ответ

4. УРОВНЕМ ДЕЛЕНИЯ НА ВЫСОКУЮ И НИЗКУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а середина тонкой кишки
- б трейцева связка
- в илеоцекальный угол
- г привратник

Укажите все правильные ответы

5. ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а атрезии ануса
- б атрезии дуоденум
- в атрезии тощей кишки
- г болезни Гиршпрунга

д синдроме Ледда

е мекониевом илеусе

6. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

а инвагинации

б ущемленной грыже

в атрезии тощей кишки

г болезни Гиршпрунга

д синдроме Ледда

е мекониевом илеусе

7. СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а острым внезапным началом

б периодическим беспокойством

в застойной рвотой

г рефлекторной рвотой

д болезненным напряженным животом

е выделением крови из прямой кишки

8. ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а рвотой желчью, зеленью

б рвотой кишечным содержимым

в запавшего живота

г болезненного живота

д в прямой кишке - слизистые пробки

е в прямой кишке слизь с кровью

9. ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а рвотой желчью, зеленью

б рвотой кишечным содержимым

в запавшего живота

г болезненного живота

д в прямой кишке - слизистые пробки

е в прямой кишке слизь с кровью

**10. НИЗКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

а рвотой желчью, зеленью

б рвотой кишечным содержимым

в вздутым животом

г болезненным животом

д в прямой кишке - слизистые пробки

е в прямой кишке слизь с кровью

**11. НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

а рвотой желчью зеленью

б рвотой кишечным содержимым

в вздутым животом

г болезненный живот

д в прямой кишке - слизистые пробки

е в прямой кишке слизь с кровью

**12. ДИСКИНЕЗИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ
СИМПТОМАМИ**

а рвотой желчью

б рвотой кишечным содержимым

в вздутым животом

г болезненный живот

д в прямой кишке - слизистые пробки

е в прямой кишке меконий

Дополнить

13. ПАРЕТИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ -----

14. СПАСТИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ -----

Укажите все правильные ответы

15. ПОВЫШЕНИЕ ТОНУСА СИМПАТИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ВЫЗЫВАЕТ

а спазм сфинктеров

б усиление перистальтики

в атонию полых органов

г снижение секреторной функции

Установить правильную последовательность

16. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

/1 / Обзорная рентгенография брюшной полости

/2/ Клинический осмотр

/3 / Зондирование желудка

/4 / Контрастная рентгенография

/5 / Очистительная клизма

/6 / Лабораторные анализы

Укажите правильный ответ

17. ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

а уровни жидкости в кишечных петлях

б равномерное повышенное газонаполнение кишечника

в свободный газ в брюшной полости

г наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости

Укажите все правильные ответы

18. ДЛЯ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

а затемнение брюшной полости

б один уровень жидкости

в два уровня жидкости

г множественные уровни жидкости

д повышенное равномерное газонаполнение кишечника

е серп воздуха под диафрагмой

Укажите правильный ответ

19. ДЛЯ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

а затемнение брюшной полости

б один уровень жидкости

в два уровня жидкости

г множественные уровни жидкости

д повышенное равномерное газонаполнение кишечника

е серп воздуха под диафрагмой

20. ДЛЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ХАРАКТЕРЕН РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ

а затемнение брюшной полости

б один уровень жидкости

в два уровня жидкости

г множественные уровни жидкости

д повышенное равномерное газонаполнение кишечника

е серп воздуха под диафрагмой

Укажите все правильные ответы

21. ДЛЯ ПАРЕТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- а затемнение брюшной полости
- б в уровнях жидкости меньше чем газа
- в в уровнях жидкости больше чем газа
- г множественные уровни жидкости
- д повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- е серп воздуха под диафрагмой

22. К УРГЕНТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

- а атрезия дуоденум
- б синдром Ледда
- в болезнь Гиршпрунга
- г перитонит
- д мекониевый илеус
- е пилоростеноз

Укажите правильный ответ

23. ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а вздутие живота и отсутствие рвоты
- б рвота патологическим содержимым и болезненность при пальпации
- в отсутствие стула и рвота патологическим содержимым
- г запавший живот и рвота патологическим содержимым
- д вздутие живота и болезненность при пальпации

Укажите все правильные ответы

24. ПРИЧИНОЙ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ МОГУТ БЫТЬ

- а болезнь Гиршпрунга
- б атрезия подвздошной кишки

в муковисцидоз

г синдром Ледда

д мембрана 12-перстной кишки

е язвенно-некротизирующий энтероколит

25. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

а неравномерное газонаполнение кишечных петель

б свободный газ под диафрагмой

в множественные уровни жидкости

г отсутствие пневматизации кишечных петель

д два уровня жидкости

е повышенное газонаполнение кишечных петель

Укажите правильный ответ

26. ПРИМЕСЬ СВЕЖЕЙ КРОВИ СО СЛИЗЬЮ В СТУЛЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а высокой обтурационной кишечной непроходимости

б странгуляционной кишечной непроходимости

в низкой обтурационной кишечной непроходимости

г динамической паретической кишечной непроходимости

д некротического энтероколита

27. Признаки метаболического алкалоза характерны для

ПРИЗНАКИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

а высокой, ниже фатерова сосочка

б странгуляционной

в низкой обтурационной

г динамической паретической

д высокой, выше фатерова сосочка

Дополнить

28. ПО ЭТИОЛОГИИ ПЕРИТОНИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ КАК ПРАВИЛО-----

Укажите все правильные ответы

29. ПЕРФОРАЦИЯ КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ ВСЕГО У НОВОРОЖДЕННЫХ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

а изолированном пороке стенки

б некротическом энтероколите

в аппендиците

г атрезии дуоденум

д атрезии ануса

е ятрогенно при клизме

Дополнить

30. ВСЛЕДСТВИИ ТЯЖЕЛОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ И НАРУШЕНИЙ ГЕМОДИНАМИКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОСНОВОЙ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ -----

Укажите все правильные ответы

31. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

а перинатальной гипоксии

б у недоношенных

в декомпенсации болезни Гиршпрунга

г мекониемом илеусе

д атрезии подвздошной кишки

е сердечной декомпенсации

32. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ

а рвотой с желчью

б частым стулом с патологическими примесями

в отсутствии стула и газов

г вздутием живота с локальной болезненностью

д усилением перистальтики

е отсутствием "печеночной тупости"

33 НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

а уровнями жидкости с преобладанием газа

б локальным затемнением брюшной полости

в выпрямлением контуров кишечных петель

г пневматозом кишечной стенки

д газом портальной системы печени

е свободным газом в брюшной полости

34. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а рвотой с желчью и кишечным содержимым

б скудным стулом с алой кровью

в вздутием живота, напряжением мышц

г ослаблением перистальтики кишечника

д отсутствием перистальтики кишечника

е отсутствием "печеночной тупости"

Укажите правильный ответ

35. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПРЕДПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

а равномерным повышенным газонаполнением кишечника

б локальным затемнением брюшной полости

в гидроперитонеумом

г свободным газом в брюшной полости

Укажите все правильные ответы

36. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ

ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а рвотой с желчью и кишечным содержимым

б стулом с алой кровью

в отсутствии стула и газов

г вздутием с локальной болезненностью живота

д вздутием болезненностью живота ,напряжением мышц

е отсутствием перистальтики

ж отсутствием "печеночной тупости"

37. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ

ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ СИМПТОМАМИ

а повышенным равномерным газонаполнением кишечника

б локальным затемнением брюшной полости

в гидроперитонеумом

г свободным газом в брюшной полости

Укажите правильный ответ

38 ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИВРАТНИКА

а генетический порок

б пептический стеноз

в симпатотония

г ваготония

е биохимический дефект стероидогенеза

Укажите все правильные ответы

39 . ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а срыгивания молоком с рождения

б рвотой створоженным молоком с 3-4 недель

в "мокрой подушки"

г метаболическим алкалозом

д запорами

е полиурией

40. ПРИ ВРОЖДЕННОМ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ В АНАЛИЗАХ ОТМЕЧАЕТСЯ

а метаболический ацидоз

б метаболический алкалоз

в КЩС норма

г гипокалиемия

д гипернатриемия

е гипохлоремия

41. ВРОЖДЕННЫЙ ПИЛОРОСТЕНОЗ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДАМИ

а УЗИ внутренних органов

б фиброгастроскопии

в рентгенографии контрастной

г рентгенографии в положении Тренделенбурга

д ирригографии

е компьютерной томографии

Укажите правильный ответ

42. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ "ПИЛОРОСПАЗМА" ЯВЛЯЕТСЯ

а генетический порок зоны привратника

б пептический стеноз привратника

в мембранозный стеноз привратника

г симпатотония

д ваготония

е биохимический дефект стероидогенеза

Укажите правильный ответ

43. “ ПИЛОРОСПАЗМ” ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а срыгивания молоком с рождения

б рвотой створоженным молоком с 3-4 недель

в "мокрой подушки"

г рвотой в горизонтальном положении

д поносами

е полиурией

44. ПРИ “ПИЛОРОСПАЗМЕ” В АНАЛИЗАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

а метаболический ацидоз

б метаболический алкалоз

в КЩС норма

г гипокалиемия

д гипонатриемия

е гипохлоремия

Укажите все правильные ответы

45. “ ПИЛОРОСПАЗМ” ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДАМИ ОБСЛЕДОВАНИЯ

а УЗИ внутренних органов

б фиброгастроскопии

в рентгенографии контрастной

г рентгенографии в положении Тренделенбурга

д ирригографии

е компьютерной томографии

Укажите правильный ответ

46. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ПСЕВДОПИЛОРОСТЕНОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

а генетический порок зоны привратника

б пептический стеноз привратника

в мембранозный стеноз привратника

г симпатотония

д ваготония

е биохимический дефект стероидогенеза

Укажите все правильные ответы

47. ПСЕВДОПИЛОРОСТЕНОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а срыгиваниями молоком с рождения

б рвотой молоком с 3-4 недель

в "мокрой подушки"

г рвотой в горизонтальном положении

д усиленной перистальтикой кишечника

е поносами

ж полиурией

48 ПРИ ПСЕВДОПИЛОРОСТЕНОЗЕ В АНАЛИЗАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

а метаболический ацидоз

б смешанный ацидоз

в метаболический алкалоз

г гипокалиемия

д гипонатриемия

е гипохлоремия

49 .ПСЕВДОПИЛОРОСТЕНОЗ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДАМИ

а УЗИ внутренних органов

б фиброгастроскопии

в рентгенографии контрастной

г рентгенографии в положении Тренделенбурга

д генетическим

е биохимическим

50 ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЮТСЯ

а симпатотония

б ваготония

в халазия кардии

г грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

д ахалазия кардии

е врожденный короткий пищевод

51 ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а срыгивания молоком с рождения

б рвота створоженным молоком с 3-4 недель

в "мокрой подушки"

г рвотой в горизонтальном положении

д запорами

е олигоурией

Укажите правильный ответ

52. ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОМ РЕФЛЮКСЕ В АНАЛИЗАХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

а метаболический ацидоз

б метаболический алкалоз

в КЩС норма

г гипокалиемия

д гипонатриемия

е гипохлоремия

Укажите все правильные ответы

53. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДАМИ

а УЗИ внутренних органов

б фиброгастроскопии

в рентгенографии контрастной

г рентгенографии в положении Тренделенбурга

д ирригографии

е компьютерной томографии

Установить правильную последовательность

54. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ РВОТЫ МОЛОКОМ ВКЛЮЧАЕТ

/ 1 / Клинический осмотр

/ 2 / Сбор анамнеза

/ 3 / УЗИ внутренних органов

/ 4 / КЩС

55. ПРОГРАММА ОБСЛЕДОВАНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫМ РЕФЛЮКСОМ ВКЛЮЧАЕТ

/ 1 / Контрастную рентгенографию

/ 2 / Сбор анамнеза

/ 3 / Фиброэзофагогастроскопия

/ 4 / КЩС

/ 5 / Клинический осмотр

/ 6 / УЗИ внутренних органов

Укажите все правильные ответы

56. К УРГЕНТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

а атрезия дуоденум

б синдром Ледда

в перфоративный перитонит

г болезнь Гиршпрунга

д атрезия ануса, ректовестибулярный свищ

57. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а увеличение живота

б подвижность образования

в отек брюшной стенки

г усиление перистальтики кишечника

58. ОБЪЕМНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а тератомы

б энтерокистомы

в ганглионевромы

г лимфангиомы

д солитарные кисты

е пороки развития

Дополнить

59. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, СВЯЗАННЫЕ С -----

60. ВЫСОКУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЦЕННОСТЬ ПРИ СИНДРОМЕ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ИМЕЕТ ВЫПОЛНЕННОЕ ИНТРАНАТАЛЬНО -----

Укажите правильный ответ

61. ОБСЛЕДОВАНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

С СИНДРОМОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НЕОБХОДИМО НАЧАТЬ С

а обзорной рентгенографии брюшной полости

б Экскреторную урографию

в УЗИ

г Компьютерную томографию

Установить правильное соответствие

62. У РЕБЕНКА 1 МЕСЯЦА С СИНДРОМОМ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НЕОБХОДИМО

ПАТОЛОГИЯ ТАКТИКА

- 1 Мультикистоз а симптоматическое лечение
- 2 Поликистоз б нефрэктомия
- 3 Простой гидронефроз в операция Кучера
- 4 Уретерогидронефроз с г операция Козна
стенозом д консервативное с катетери-
- 5 Уретерогидронефроз с зацией мочевого пузыря
рефлюксом е операция Грегуара
- 6 Пиелозктазия ж наблюдение
з лечения не требует

63. ПРИ СИНДРОМЕ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА 21 ДНЯ

ПАТОЛОГИЯ ТАКТИКА

- 1 опухоль Вильмса а нефрэктомия
- 2 гематома надпочечника б симптоматическое
- 3 тератома в дренирование
- 4 поликистоз г удаление образования
- 5 гидронефроз д наблюдение
е сегментарная резекция
ж реконструктивная операция

Укажите правильный ответ

64. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БОЛЬШИХ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а разрыв печени
- б кровотечение

в дыхательная недостаточность

г тромбоцитопения

65. КАКОЙ ИЗ ВАРИАНТОВ ГЕПАТОБЛАСТОМ БОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЙ В ПЛАНЕ ПРОГНОЗА

а фетальный

б эмбриональный

в макротрабекулярный

г недифференцированный

66. КАКОЙ ГЛАВНЫЙ МАРКЕР ГЕПАТОБЛАСТОМ

а С- реактивный белок.

б 17- Кетостероиды

в Альфа- фетопротеин

г Ацетилхолинэстераза

67. ДЛЯ КИСТЫ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА СУЩЕСТВУЕТ КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА СИМПТОМОВ

а рвота, ахоличный стул, гипертермия.

б желтуха, рвота, опухолевидное образование в животе

в боли в животе, рвоты, ахоличный стул

г боли в животе, желтуха, опухолевидное образование брюшной полости

68. КАКИЕ КИСТЫ БРЫЗЖЕЙКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ

а хилезные

б кисты с серозным содержимым

в дермоидные

г паразитарные (эхинококк)

69. ЭМБРИОНАЛЬНАЯ ГРЫЖА ОТНОСИТСЯ К

а истинной грыже

б ложной грыже

70. У НОВОРОЖДЕННЫХ С ЭМБРИОНАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ ВСТРЕЧАЮТСЯ СИНДРОМЫ

- а Видемана-Беквита
- б Поланда
- в Каудальной регрессии
- г Эллерса-Данлоса
- д Опица-Смита-Лемли
- е VACTER

Укажите все правильные ответы

71. ДЛЯ СИНДРОМА ВИДЕМАНА-БЕКВИТА ХАРАКТЕРНЫ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

- а омфалоцеле
- б пороки почек
- в макросомия
- г висцеромегалия
- д макроглоссия
- е кавернозная ангиома
- ж гипогликемия

72. ПРИ ГАСТРОШИЗИСЕ ЭВЕНТРИРОВАННЫЕ КИШЕЧНЫЕ ПЕТЛИ

- а покрыты вартановым студнем
- б покрыты разорванными оболочками
- в оболочки вартанова студня отсутствуют
- г пуповина проходит с боку от дефекта брюшной стенки
- д пуповина проходит внутри оболочек грыжи

Укажите правильный ответ

73 . СКОЛЬКО ЭТАПОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕГЛАМЕНТИРОВАНО ПРИКАЗОМ “О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ И ВРОЖДЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ”

а два

б три

в четыре

г пять

74. С КАКОГО СРОКА ГЕСТАЦИИ ВОЗМОЖНА ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ГАСТРОШИЗИСА

а 5 нед.

б 7 нед.

в 10 нед.

г 14 нед.

д 22 нед.

Укажите все правильные ответы

75. ВЫДЕЛИТЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, КОТОРЫЕ НЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОМ УЗИ-ОБСЛЕДОВАНИИ

а нарушение формирования просвета кишечной трубки

б аномалии ротации и фиксации средней кишки

в патология стенки кишки

г патология омфало-мезентериального протока

д объемные образования брюшной полости

76. ВЫДЕЛИТЕ ПРИЗНАКИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОМ УЗИ-ОБСЛЕДОВАНИИ

а многоводие

б маловодие

в микрогастрия

г гипоплазия легких

д отсутствие визуализации пищевода

Укажите все правильные ответы

77. РАСШИРЕНИЕ ЛОХАНКИ ПОЧКИ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОМ УЗИ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИЗНАКОМ

- а гидронефротической трансформации почки
- б уретерогидронефроза
- в мультикистозной трансформации почки
- г пузырно-мочеточникового рефлюкса
- д удвоения почки

Гнойная хирургическая инфекция новорожденных

Укажите все правильные ответы

78. К ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- а некротическая флегмона новорожденных
- б адипонекроз
- в вторичная флегмона
- г аденофлегмона
- д рожа
- е синдром Казабах-Меррит

Дополнить

79. ЛОКАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

tumor, dolor, rubor, functia lesae и -----

Установить правильное соответствие

80. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

ЗАБОЛЕВАНИЕ ЭТИОЛОГИЯ

- 1. флегмона а нарушение кровообращения
- 2. рожа б стафилококк
- 3. адипонекроз в стрептококк
- 4. с-м Казабах-Меррит г гемангиома с тромбоцитопенией

5. сиалоаденит д воспаление железистой ткани

Укажите правильный ответ

81. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКУЮ ФЛЕГМОНУ ВЫЗЫВАЕТ ВОЗБУДИТЕЛЬ

а стафилококк

б стрептококк

в протей

г синегнойная палочка

д клебсиелла

е анаэробы

ж абактериальна

Укажите все правильные ответы

82. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а пятнистая гиперемия

б разлитая гиперемия

в инфильтрация сплошная

г инфильтрация бугристая

д повышение местной температуры

е распространяется

ж функция нарушена

83. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ АНАЛИЗАМИ

а лейкоцитоз

б нейтрофилез,лимфопения

в нейтропения,лимфоцитоз

г ЛИИ меньше 0,64

д ЛИИ от 0,6 до 1,2

е ЛИИ больше 2,5

84. У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б насечки, повязка с томицидом

в насечки, повязка с мазью Вишневского

г УВЧ

Укажите правильный ответ

**85. У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ВЫЗЫВАЕТ
ВОЗБУДИТЕЛЬ**

а стафилококк

б стрептококк

в протей

г синегнойная палочка

д клебсиелла

е анаэробы

Укажите все правильные ответы

**86. У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
СИМПТОМАМИ**

а пятнистая гиперемия

б разлитая гиперемия

в инфильтрация сплошная

г инфильтрация бугристая

д местная температура норма

е локальная болезненность

ж распространяется

**87. У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
АНАЛИЗАМИ**

а нейтрофилез, лимфопения, моноцитопения

б нейтропения, лимфоцитоз

в ЛИИ меньше 0,64

г ЛИИ от 0,6 до 1,2

д ЛИИ больше 2,5

88 У НОВОРОЖДЕННЫХ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б насечки, повязка с томицидом

в консервативно, повязка с спиртом

г консервативно, повязка с Левомиколем

д УФО

е УВЧ

89. У НОВОРОЖДЕННЫХ АДИПОНЕКРОЗ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а пятнистая гиперемия

б разлитая гиперемия

в инфильтрация бугристая

г повышение местной температур

д локальная безболезненность

е не распространяется

ж функция нарушена

Укажите правильный ответ

90 У НОВОРОЖДЕННЫХ АДИПОНЕКРОЗ ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б насечки, повязка с томицидом

в консервативно, повязка с спиртом

г консервативно, повязка с мазью Вишневского

д местного лечения не требует

е УФО

ж УВЧ

Укажите все правильные ответы

91. У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕАНГИОМА ПРИ СИНДРОМЕ КАЗАБАХ-МЕРРИТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а тромбоцитопения

б разлитая гиперемия

в инфильтрация бугристая

г повышение местной температур

д локальная безболезненность

е распространяется

ж петехиальные кровоизлияния

92. У НОВОРОЖДЕННЫХ ГЕАНГИОМА ПРИ СИНДРОМЕ КАЗАБАХ-МЕРРИТ ЛЕЧИТСЯ

а консервативно повязка с томицидом

б химиотерапевтически

в методом криодеструкции

г консервативно, преднизолоном

д гемостатические препараты

е УФО

ж УВЧ

Установить правильную последовательность

93 РАЗВИТИЕ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА У НОВОРОЖДЕННОГО

/ 1 / Развитие очага гнойной инфекции

/ 2 / Входные ворота инфекции

/ 3 / Контаминация патогенной флоры

/ 4 / Транслокация возбудителя

/ 5 / Избыточное размножение флоры с высокопатогенным антигеном

/ 6 / Вторичный иммунный блок

/ 7 / Снижение иммунологических реакций

Укажите все правильные ответы

94. К ПРОТИВОСТАФИЛОКОККОВЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ

а оксациллин

б фузидин

в амикацин

г гентамицин

д хлорофиллит

е рифампицин

95. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

а эпифизарный

б метаэпифизарный

в метадиафизарный

г диафизарный

д суставная поверхность

Укажите правильный ответ

96. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПОРАЖАЕТСЯ ОТДЕЛ КОСТИ

а эпифизарный

б метаэпифизарный

в метадиафизарный

г диафизарный

д суставная поверхность

Укажите все правильные ответы

97. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а парезом ручки
- б патологической подвижностью
- в болезненностью при сгибании - разгибании
- г болезненность ротационных движений
- д отсутствием активных движений

98. КЛИНИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ МЕТАЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- а парезом стопы
- б сгибательной контрактурой в ножках
- в болезненностью при сгибании - разгибании
- г болезненность ротационных движений
- д отсутствием активных движений
- е патологической подвижностью

Укажите правильный ответ

99. ЕДИНСТВЕННЫМ СИМПТОМОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА N. PIRONEUS ЯВЛЯЕТСЯ

- а сгибательная контрактура в суставах
- б болезненность при сгибании - разгибании
- в болезненность при ротационных движениях
- г отсутствие активных движений

Укажите правильные ответы

100. СИМПТОМАМИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ОТ ПАРЕЗА ЭРБА ЯВЛЯЮТСЯ

- а отсутствие активных движений
- б болезненность при сгибании - разгибании

в болезненность при ротационных движениях

г патологическая подвижность

101. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

а остеоперфорация

б костный диализ

в иммобилизация Дезо или Шеде

г мазовые компрессы

д УВЧ

е УФО

102. ПРИ АРТРИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕОБХОДИМО МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

а пункция сустава

б артротомия и дренирование

в иммобилизация Дезо или Шеде

г мазовые компрессы

д УВЧ

е УФО

Укажите правильный ответ

103. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ РЕНТГЕНОГРАФИЯ КОСТЕЙ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ НА

а первые сутки

б 5 – 6 день

в 10 сутки

г 21 день

104. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АРТРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

а разряжение костной структуры метафиза

б разряжение костной структуры диафиза

в дефекты суставной поверхности кости

г диафизарный периостит

д наличие секвестра

е “игольчатый” периостит

ж отсутствие видимых изменений кости

Укажите все правильные ответы

105. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЮТСЯ

а разряжение костной структуры метафиза

б разряжение костной структуры диафиза

в дефекты суставной поверхности кости

г диафизарный периостит

д наличие секвестра

е “игольчатый” периостит

ж отсутствие видимых изменений кости

Дополнить

106. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ОСТЕОАРТРИТА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ-----

Укажите правильный ответ

107. ПРИ ДИАГНОСТИРОВАНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ

а дополнительное вытяжение по Шеде

б массаж

в операция

г фиксация на палке – распорке

д облегченная гипсовая повязка

108. МИНИМАЛЬНАЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРЕННОЙ КОСТИ СОСТАВЛЯЕТ

а 1 месяц

б 3 месяца

в 6 месяцев

г 1 год

109. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗНАЧАЮТ АНТИБИОТИКИ

а широкого спектра

б противостафилококковые

в противострептококковые

110. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

а внутрибольничная инфекция

б катетеризация пупочной вены

в наличие назогастрального зонда,

г полное парентеральное питание

д некротический энтероколит.

111. КАКОЙ ОТДЕЛ КОСТИ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ

а метадиафизарный

б эпифизарный

в метаэпифизарный

Укажите все правильные ответы

112. КАКОЕ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВСТРЕЧАЕТСЯ ЧАЩЕ

а патологический перелом

б патологический вывих

в нарушение роста конечности в длину.

Укажите правильный ответ

113. СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ЭТО ПРОЯВЛЕНИЕ СЕПСИСА

а да

б нет

114. КАКОЙ ВОЗБУДИТЕЛЬ ВЫЗЫВАЕТ РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

а стафилококк

б стрептококк

в кишечная палочка

г протей.

Острая дыхательная недостаточность.

Укажите все правильные ответы

115. ОСТРУЮ ДЫХАТЕЛЬНУЮ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВЫЗЫВАЮТ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

а синдром Пьера-Робина

б синдром Видемана-Беквита

в лимфангиома шеи

г базальная мозговая грыжа

д атрезия хоан

е атрезия пищевода

ж трахеомалация

Установить правильное соответствие

116. ПРИЧИНОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ МЕХАНИЗМ

1. синдром Пьера-Робина а сдавление ротоглотки

2. лимфангиома шеи б пролапс образования

3. базальная мозговая грыжа в пролапс корня языка

4. атрезия хоан г непроходимость носоглотки

5. трахеомалиация д проляпс колец трахеи

Укажите все правильные ответы

117. ОСТРАЯ ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

а родовых повреждениях ЦНС

б обструкции дыхательных путей

в синдроме Пьера-Робина

г синдроме внутригрудного напряжения

д гастрошизисе

е синдроме Ледда

118. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ВНУТРИГРУДНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ОТНОСЯТСЯ

а пневмоторакс

б ателектаз легкого

в диафрагмальная грыжа

г атрезия пищевода

д респираторный дистресс синдром

е релаксация диафрагмы

119 ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

а смещение средостения в сторону поражения

б расширение межреберных промежутков на стороне поражения

в патология перкуторного звука на стороне поражения

г двустороннее поражение грудной клетки

д патология аускультативного звука на стороне поражения

120. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

а смещение средостения в сторону противоположную патологии

б медиастанальная грыжа

в низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения

г сужение межреберных промежутков на стороне поражения

д симметричное поражение легких

121. ВНУТРИГРУДНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

а респираторный дистресс синдром

б врожденная долевая эмфизема

в ложная диафрагмальная грыжа

г спонтанный пневмоторакс

д релаксация купола диафрагмы

е ателектаз легкого

ж гидроторакс

122. СМЕЩЕНИЕМ СРЕДОСТЕНИЯ БЕЗ НАПРЯЖЕНИЯ ПРОЯВЛЯЮТСЯ

а респираторный дистресс синдром

б врожденная долевая эмфизема

в агенезия легкого

г спонтанный пневмоторакс

д релаксация купола диафрагмы

е ателектаз легкого

ж гидроторакс

123 АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА СО СВИЩОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

а одышкой

б пенистыми выделениями изо рта

в срыгиваниями створоженным молоком

г вздутием живота

д отсутствием стула

е смещением средостения

124 ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ,ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ВНУТРИГРУДНЫМ

НАПРЯЖЕНИЕМ ХАРАКТЕРНО

а патология односторонняя

б патология двусторонняя

в смещение средостения в сторону патологии

г смещение средостения в противоположную сторону

д без смещения средостения

125. ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ СМЕЩЕНИЕМ

СРЕДОСТЕНИЯ БЕЗ НАПРЯЖЕНИЯ ХАРАКТЕРНО

а патология односторонняя

б патология двусторонняя

в смещение средостения в сторону патологии

г смещение средостения в противоположную сторону

д без смещения средостения

126 ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ,ПРОЯВЛЯЮЩИХСЯ ДВУСТОРОННИМ

ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ ХАРАКТЕРНО

а патология односторонняя

б патология двусторонняя

в смещение средостения в сторону патологии

г смещение средостения в противоположную сторону

д без смещения средостения

Укажите правильный ответ

127 ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха

б аспирация мекония

в аномальное отхождение легочных сосудов

г опухоли средостения

д дефицит сурфактанта

Укажите все правильные ответы

128. ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а живот запавший

б вздутие грудной клетки

в сердечные тоны смещены в здоровую сторону

г на стороне патологии дыхание не проводится

д средостение смещено в больную сторону

е на стороне поражения перкуторно притупление

ж на стороне поражения мозаичность перкуторного звука

Дополнить

129. РЕБЕНКУ С АТЕЛЕКТАЗОМ ЛЕГКОГО ПОКАЗАНА СРОЧНАЯ

Укажите все правильные ответы

130. РЕЛАКСАЦИЯ КУПОЛА ДИАФРАГМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ

а пункции плевральной полости

б пункции подключичной вены

в дренировании плевральной полости

г при осложненных родах

д медиастените

е порока развития

Укажите номер правильного ответа

131. ТРАНСПОРТИРОВКА НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ

ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ

а горизонтальное

б возвышенное на здоровом боку

в возвышенное на больном боку

Укажите правильный ответ

132. РЕБЕНКУ С НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ЭКСТРЕННО

а оперативное вмешательство

б плевральную пункцию

в бронхоскопию

г наблюдение

133. ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

а вздутие живота и рвота неизмененным молоком

б пенистое отделяемое из ротовой полости, невозможность проведения зонда в желудок

в разлитой цианоз, множественные хрипы при аускультации

г запавший живот и рвота створоженным молоком

д рвота молоком с прожилками крови, потеря в весе

Укажите все правильные ответы

134. ПРИЧИНАМИ НЕПРОХОДИМОСТИ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННОГО МОЖУТ БЫТЬ

а Ииородное тело пищевода

б желудочно-пищеводный рефлюкс

в ахалазия пищевода

г врожденный стеноз пищевода

д атрезия пищевода

е грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

Укажите правильный ответ

135. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА

а заброс контрастного содержимого из желудка в пищевод

б симптом «проваливания»

в симптом «клюва»

г отсутствие пневматизации желудка на обзорном снимке

д извитой ход желудка

е неравномерное контрастирование пищевода

136. ПРИМЕСЬ ПРОЖИЛОК СВЕЖЕЙ КРОВИ В РВОТНЫХ МАССАХ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

а атрезии пищевода

б грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

в пептического стеноза пищевода

г ахалазии пищевода

д халазии пищевода

Укажите все правильные ответы

137. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА СО СТОРОНЫ ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ

а метаплазия эпителия

б эзофагит

в пептический стеноз

г кровотечение из вен пищевода

д перфорация пищевода

138 К ПРИЧИНАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ

а морфофункциональная незрелость стенки кишки

б аганглиоз кишечной стенки

в незрелость илеоцекального клапана

г высокая подвижность толстой кишки

д нарушения регуляции перистальтики

е ангиоматоз кишечника

139 ИНВАГИНАЦИЯ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

ПРОЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ

а острое внезапное начало

б гипертермия

в периодическое беспокойство

г постоянное беспокойство

д неукротимая рвота

е стул с кровью

ж выделения слизи и крови из прямой кишки

Дополнить

140 ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ

РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ_____

Установить соответствие

141. ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

1 Атрезия тонкой кишки а обзорная рентгенография лежа

2 Болезнь Гиршпрунга б обзорная рентгенография стоя

3 Инвагинация в ирригография с барием

г пневмоирригография

д рентгенографию по Вангенстину

е исследование ЖКТ с барием

Укажите правильный ответ

142. РАННЯЯ СПАЕЧНАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЯВЛЯЕТСЯ, КАК ПРАВИЛО

а обтурационной

б странгуляционной

Укажите все правильные ответы

143 ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

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

144 СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

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

Установить соответствие

145 ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1 Атрезия кишки а ущемление
- 2 Болезнь Гиршпрунга б паретический илеус
- 3 Инвагинация в спастический илеус

4 Перитонит и внедрение отдела кишки

д заворот

е аганглиоз кишечника

ж нарушение вакуолизации

кишечной трубки

Укажите все правильные ответы

146. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОЗМОЖНО НА РАННИХ СТАДИЯХ

а инвагинации

б спаечно-паретической непроходимости

в ранней спаечной непроходимости

г поздней спаечной непроходимости

147. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ТРЕБУЕТСЯ ОБСЛЕДОВАНИЕ

а обзорная рентгенография лежа

б обзорная рентгенография стоя

в рентгеноскопия по Вангенстину

г УЗИ органов брюшной полости

д компьютерная томография

е рентгеноконтрастное исследование с барием

Дополнить

148 ВРОЖДЕННОЕ ОТСУТСТВИЕ ИЛИ РЕЗКОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ

ИНТРАМУРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ГАНГЛИЕВ В СТЕНКЕ КИШКИ

НАЗЫВАЕТСЯ БОЛЕЗНЬЮ _____

Укажите все правильные ответы

149 ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

а застойная рвота

б периодическое вздутие живота, хронические запоры

в постоянное вздутие живота

г самостоятельный стул только летом

д отсутствие перистальтики

е стул только после клизмы

150 ХАРАКТЕРНЫМИ СИМПТОМАМИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ
ФОРМЫ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЯВЛЯЮТСЯ

а застойная рвота

б постоянное вздутие живота

в болезненный, напряженный живот

г отсутствие перистальтики

д отсутствие отхождения стула и газов

е каловая интоксикация

ж обезвоживание, анемия

151 ОСНОВНЫЕ ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ
ГИРШПРУНГА

а ирригография

б ректальная манометрия

в ректальная электромиография

г определение тканевой ацетилхолинэстеразы

д ректальная биопсия мышечного слоя

е компьютерная томография

ж пневмоирригография

152 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА
СОСТОЯТ ИЗ

а зоны сужения

б супрастенотического расширения

в сглаженности или отсутствия гаустр

г задержка контраста на отсроченных снимках

д дефекта наполнения

е затека контраста в брюшную полость

153 ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ У ДЕТЕЙ СВЯЗАНЫ С

а мегадолихосигмой, мегаректум

б вторичным мегаколон

в нейроанальной интестинальной дисплазией

г спаечной непроходимостью

д алиментарным фактором

е дисбактериозом кишечника

ж болезнью Гиршпрунга

з полипом слизистой толстой кишки

и болезнью Крона

Укажите правильный ответ

154. КАКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ НЕ ОТНОСЯТСЯ К РИМСКИМ КРИТЕРИЯМ

а фрагментированный (“бобовидный”, “овечий”) или твердый кал

б натуживание занимающее по меньшей мере 25% времени дефекации или уменьшение массы стула менее 35 г/сут.

в ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже, чем при одном из четырех актов дефекации

г ощущение препятствия при прохождении каловых масс, более чем при 25% актов дефекации

д менее 2-3 дефекаций в неделю

е тошнота, рвота

Укажите все правильные ответы

155. КАКИЕ ОСНОВНЫЕ ГРУППЫ ДЕТЕЙ С ЗАПОРАМИ ВСТРЕТЯТСЯ ВАМ НА ПРИЕМЕ

а родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 3-5 дней.

б родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 7 дней.

в родители отмечают у своего ребенка, что стула самостоятельного нет вообще.

г родители отмечают у своего ребенка стул 1 раз в 10 дней.

Укажите правильный ответ

156. КАКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ИЗ НИЖЕПРЕДЛОЖЕННЫХ ПРАВИЛЬНОЕ

а аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.

б гипоганглиоз толстой и тонкой кишки.

в аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.

г трансверзоколоптоз

+157. АНОРЕКТАЛЬНЫЙ ТОРМОЗНОЙ РЕФЛЕКС ЭТО -

а аноректальный угол -80-90 град.

б расслабление внутреннего сфинктера и сокращение наружного сфинктера

в расслабление наружного сфинктера и сокращение внутреннего сфинктера

г гипертонус наружного сфинктера

Укажите все правильные ответы

158. ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ ВКЛЮЧАЕТ

а Диета

б ЛФК

в Физиотерапия

г Лапароскопия

д Ректороманоскопия

159. ПРИ АТРЕЗИИ АНУСА ИССЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ДОСТОВЕРНО ПОСЛЕ СКОЛЬКИХ ЧАСОВ ОТ РОЖДЕНИЯ

а 3

б 6

в 16

г 24

д 32.

160. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕВОЧЕК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СВИЩ

а ректовестибулярный

б ректовагинальный

в ректоуретральный

г ректовезикальный

д ректопромежностный

161. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ С ОСТРЫМ ГНОЙНЫМ ПАРАПРОКТИТОМ ПОКАЗАНО

а разрез мягких тканей и дренирование;

б радикальное иссечение инфильтрата и свища;

в антибактериальная терапия;

г физиотерапевтические методы лечения;

д повязка с мазью Вишневского.

Аппендицит, перитонит.

162 ОСНОВНЫМИ ТРЕМЯ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ

а рвота

б понос

в локальная болезненность в правой подвздошной области

г болезненность в области пупка

д пассивная мышечная защита брюшной стенки

е положительный симптом Щеткина-Блюмберга

ж положительный симптом Орнтера

з положительный симптом Пастернацкого

Указать правильный ответ.

163. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез

б гиперлейкоцитоз, нейтрофилез

в лейкопения

г отсутствие изменений

д ускоренное СОЭ.

164. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ КРИПТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

а умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез

б гиперлейкоцитоз, нейтрофилез

в лейкопения

г отсутствие изменений

д ускоренное СОЭ.

Укажите все правильные ответы

165. БОЛИ В ЖИВОТЕ У РЕБЕНКА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ

а остром аппендиците

б мезадените

в пневмонии

г сиалоадените

д опухоли Вильмса

е пиелонефрите

Укажите правильный ответ

166 БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ В ПОСТЕЛИ:

а на спине;

б на животе;

в на правом боку с приведенными ногами;

г на левом боку;

д сидя.

167. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

а локальная боль, температура и рвота

б активное напряжение мышц брюшной стенки и рвота

в пассивное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;

г симптом Ортнера и рвота;

д температура, жидкий стул и рвота.

Укажите правильные ответы

168. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ

а локальная боль в эпигастрии

б локальная боль в обл. пупка

в локальная боль в прав. подвздошной области

г активное напряжение мышц живота

д пассивная мышечная защита

е положительный симптом Щеткина-Блюмберга

ж положительный симптом Пастернацкого

169 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ

а реланиум

б масочный наркоз

в осмотр во время естественного сна

г медикаментозный сон с хлоралгидратом

170. ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- а аппендицита
- б аднексита
- в меккелева дивертикулита
- г инвагинации
- д кишечной непроходимости
- е деструктивной пневмонии

171. ОСОБЕННОСТИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

- а недоразвитие сальника
- б снижение пластических функций брюшины
- в преобладание экссудации в воспалительном процессе
- г особенности возбудителя
- д малый объем брюшной полости

172. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КРИПТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а гипертермия
- б субфебрилитет
- в боли в животе
- г понос и рвота
- д пассивное напряжение мышц живота
- е активное напряжение мышц живота

Укажите правильный ответ

173. КРИПТОГЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ ВОЗНИКАЕТ У

- а девочек до 3-х лет
- б девочек старше 12 лет
- в мальчиков до 1 года

г мальчиков старше 14 лет

174. ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЮ “ОСТРЫЙ ЖИВОТ”

а клинический синдром, развивающийся при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и не требующий экстренной хирургической помощи

б клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи

в симптом при острых болях в животе и требующий экстренной хирургической помощи

г клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий плановой хирургической помощи

Укажите все правильные ответы

175. НАЗОВИТЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К “ОСТРОМУ ЖИВОТУ”

а нарушения кровообращения в органах брюшной полости.

б острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту

в острые воспалительные заболевания брюшной полости

г кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость

д объемные образования брюшной полости

176. НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ

а лихорадка

б рвота

в расстройства стула

г нистагм

д жидкий стул

177. НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ

а болезненность при пальпации

б вздутие живота

в симптомы раздражения брюшины

г симптом Маркса

д напряжение мышц живота

е симптом Дешана

178. НАЗОВИТЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИНФОРМАТИВНЫЕ ПРИ “ОСТРОМ ЖИВОТЕ”

а лапароскопия

б ректороманоскопия

в ФЭГДС

г радиоизотопное исследование

д УЗИ

е рентгенография

179. К СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТСЯ

а сиалоаденит

б фурункулез

в парапроктит

г флегмона

д панариций

е рожа

ж абсцедирующий лимфаденит

Укажите правильный ответ

180. ПАРАПРОКТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НАГНОЕНИЯ

а кисты крестцово-копчиковой

б тератомы

в параректальной кисты

г полипа

Установить соответствие

181 ВИД ЗАБОЛЕВАНИЯ ТАКТИКА

1 абсцесс а консервативное лечение

2 флегмона б вскрытие одним разрезом

3 рожа в вскрытие множественными разрезами

4 гнойный мастит, г радикальное иссечение гнойного очага

д вскрытие радиальными разрезами

Укажите все правильные ответы

182. РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КОЖИ БЫВАЕТ

а узловатым

б эритематозным

в флегмонозным

г буллезным

д гангренозным

е абсцедирующим

ж инфильтративным

Укажите правильный ответ

183. РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

а нижней части живота

б лица и шеи

в голеней

г предплечий

184. РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ОБЛАСТИ

а низа живота

б лица и шеи

в голеней

г предплечий

Укажите все правильные ответы

185. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ТРЕБУЕТ

а промывания перекисью водорода

б промывание раствором марганца

в теплые ванночки с марганцем

г повязку с Левомиколем

д УВЧ

е повязку с мазью Вишневского

186. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЫ РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

а теплые марганцевые ванночки

б повязки с Левомиколем

в повязки с мазью Вишневского

г УВЧ

д УФО

187. У РЕБЕНКА С ОСТРЫМ ДИАФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В

1-3 СУТКИ НАБЛЮДАЮТСЯ СИМПТОМЫ

а местная гипертермия

б флюктуация

в нарушение функции ближайшего сустава

г боль при пальпации

д боль при перкуссии

е выраженный венозный рисунок

ж боль при нагрузке по оси конечности

з локальный отек

Дополнить

188. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С -----

Укажите правильный ответ

189. РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПОЯВЛЯЮТСЯ ЧЕРЕЗ

а в течение первой недели

б на 2 неделе

в на 3 неделе

г после месяца

Укажите правильные ответы

190. ДЛЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ РАННИЕ СИМПТОМЫ

а острое начало

б постепенное начало

в стойкая гипертермия >38

г нарушение функции

д резкая локальная боль

е вынужденное положение конечности

ж боль при перкуссии

з усиление боли при пассивных и активных движениях конечности

и летучие боли в суставах

191. ДЛЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ РАННИЕ СИМПТОМЫ

а острое начало

б постепенное начало

в стойкая гипертермия >38

г нарушение функции

д боль при перкуссии

е летучие боли в суставах

ж припухлость и боль в области сустава

192 ДЛЯ КОСТНО-СУСТАВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

а постепенное начало

б стойкая гипертермия >38

в летучие боли в суставах

г положительный симптом Александра

д припухлость и боль в области сустава

е атрофия мышц

ж увеличение регионарных лимфоузлов

з утолщение суставной сумки и выпот

193 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО

ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

а туберкулезом

б ревматоидным артритом

в рахитом

г флегмоной

д травмой

е саркомой

ж остеобластокластомой

194 РАННИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО

ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАДИАФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

а линейной периостальной реакцией

б нечеткостью структуры костных балок

в наличием очагов деструкции

г расширением суставной щели

д игольчатым периоститом

е с-мом "луковичной кожуры"

195 ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО

ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

СТАРШЕ 3 ЛЕТ СОСТОЯТ ИЗ

а остеоперфорации

б дренировании гнойных затеков

в промывании костной полости антисептиками

г иммобилизации конечности лангетой

д вытяжении по Шеде

е мазовыми повязками, консервативно

196 ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО

ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

ГРУДНОГО ВОЗРАСТА СОСТОЯТ ИЗ

а остеоперфорации

б дренировании гнойных затеков

в промывании костной полости антисептиками

г иммобилизации конечности лангетой

д вытяжении по Шеде

е мазовыми повязками, консервативно

197. ХИРУРГИЧЕСКИМИ ИНФЕКЦИЯМИ НАЗЫВАЮТ

а любые инфекции, возникающие в хирургическом стационаре;

б инфекции, в лечении которых используются хирургические методы;

в любые инфекции, возникающие в послеоперационном периоде;

г инфекции, вызванные резистентной микрофлорой;

д инфекции, являющиеся осложнением операций и травм.

Укажите правильный ответ

198. СЕПСИСОМ НАЗЫВАЮТ

а наличие бактерий в крови;

б любое осложнение инфекции;

в множественные очаги гнойного воспаления;

г инфекционный процесс, приведший к развитию системной воспалительной реакции;

д инфекцию, вызванную полирезистентной микрофлорой.

Укажите все правильные ответы

199. КРИТЕРИЯМИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА СЕПСИСА ЯВЛЯЮТСЯ

а наличие очага инфекции + синдром системной воспалительной реакции;

б бактериемия + полиорганная недостаточность;

в бактериемия + синдром системной воспалительной реакции;

г полиорганная недостаточность + синдром системной воспалительной реакции;

д наличие очага инфекции + бактериемия.

Укажите правильный ответ:

200. ОСТЕОМИЕЛИТ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

а воспалением только компактного вещества кости;

б воспалением только костного мозга;

в воспалением костного мозга, распространяющимся на компактное вещество кости и окружающие ткани;

г воспалением костной ткани и близлежащего сустава;

д воспалением мягких тканей, окружающих кость.

Укажите все правильные ответы

**201. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

- а** антибактериальной терапии;
- б** операции в плановом порядке после стихании острого процесса;
- в** экстренной операции;
- г** иммобилизации пораженной конечности гипсовой повязкой на весь срок заболевания;
- д** иммобилизации гипсовой лангетой или шиной на 7 – 10 суток.

Кровотечение из пищеварительного тракта.

202. ОСТРОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а** геморрагической болезни новорожденных
- б** портальной гипертензии
- в** язвенной болезни желудка и дуоденум
- г** стрессовых язвах
- д** неспецифическом язвенном колите
- е** Меккелевом дивертикуле
- ж** полипе прямой кишки

203. ХРОНИЧЕСКОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ИЗ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО

ТРАКТА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- а** неспецифическом язвенном колите
- б** Меккелевом дивертикуле
- в** ангиоматозе кишечника
- г** полипе прямой кишки
- д** полипозе кишечника
- е** рефлюкс-эзофагите
- ж** трещинах слизистой заднего прохода

Установить соответствие

204.ХАРАКТЕР РВОТЫ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ

ПАТОЛОГИЯ ХАРАКТЕР РВОТЫ

- 1 Язва желудка а кровь вишневого цвета
- 2 Портальная гипертензия б “кофейная гуща”
- 3 Меккелев дивертикул в пищей во время еды
- 4 Рефлюкс-эзофагит г пищей с “бурыми” прожилками
- д створоженным молоком
- е рвота не характерна

205. ХАРАКТЕР КРОВИ В СТУЛЕ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ

ПАТОЛОГИЯ ХАРАКТЕР СТУЛА

- 1 Язвенный колит а “малиновое желе”
- 2 Портальная гипертензия б дегтеобразный
- 3 Меккелев дивертикул в алая после дефекации
- 4 Инвагинация г стул с прожилками алой крови
- 5 Трещина прямой кишки д темно-вишневая

Укажите все правильные ответы

206. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- а трещина ануса
- б каломазание
- в рак прямой кишки
- г кровотечение
- д полипообразование
- е выпадение слизистой прямой кишки

207.ОСЛОЖНЕНИЯМИ ДИВЕРТИКУЛА МЕККЕЛЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- а перфорация

б кровотечение

в злокачественное перерождение

г инвагинация

д воспаление

е заворот

208. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

а кровотечение

б кишечная непроходимость

в разрыв селезенки

г мезентериальный тромбоз

д энцефалопатия

209. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ С РВОТОЙ КРОВЬЮ И ДЕГТЕОБРАЗНЫМ СТУЛОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ДИАГНОЗАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

а гастродуоденит;

б кровотечение из расширенных вен пищевода;

в язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;

г Меккелев дивертикул;

д неспецифический язвенный колит.

210. ВЫДЕЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ

а дивертикуле Меккеля

б язве желудка

в полипе прямой кишки

г трещине прямой кишки

д инвагинации

Дополнить

**211. ТРЕЩИНА ЗАДНЕГО ПРОХОДА У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ
ВСЛЕДСТВИЕ-----**

Укажите все правильные ответы

212. ВНЕЗАПНО ВОЗНИКШАЯ РВОТА КРОВЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ

а рефлюкс-эзовагита

б язвы желудка

в портальной гипертензии

г стрессовая язва дуоденум

д Дивертикула Меккеля

Укажите правильный ответ

213. У РЕБЕНКА С РВОТОЙ КРОВЬЮ ПОКАЗАНА ЭКСТРЕННАЯ

а фиброэзофагогастродуоденоскопию

б ангиографию

в радиоизотопное исследование

г УЗИ и доплерографию сосудов системы воротной вены

д лапароскопию

е рентгенографию желудка и пищевода

ж Рн-метрию пищевода

Укажите все правильные ответы

214. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

а фиброэзофагогастродуоденоскопию

б зондирование желудка

в ангиографию

г радиоизотопное исследование

д УЗИ и доплерографию сосудов системы воротной вены

е лапароскопию

ж рентгенографию желудка и пищевода

Укажите правильный ответ

215. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПОЛИП ПРЯМОЙ КИШКИ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- а ангиографию
- б радиоизотопное исследование
- в рентгенография пищеварительного тракта с контрастом
- г фиброколоноскопия
- д копрология
- е иммунологическое исследование

Укажите все правильные ответы

216. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕККЕЛЕВ ДИВЕРТИКУЛ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- а ангиографию
- б радиоизотопное исследование
- в лапароскопию
- г рентгенография пищеварительного тракта с контрастом
- д фиброколоноскопия

217. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ ВКЛЮЧАЕТ

- а идеопатическую трансформацию воротной вены
- б тромбоз воротной вены
- в флебит системы воротной вены
- г хронический персистирующий гепатит
- д цирроз печени
- е фиброхолангиокистоз печени
- ж фетальный гепатит
- з атрезию желчных ходов

**218. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- а флебит системы воротной вены
- б хронический персистирующий гепатит
- в цирроз печени
- г фиброхолангиокистоз печени
- д фетальный гепатит
- е атрезию желчных ходов
- ж флебит печеночных и нижней полой вены

**219. ДЛЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНЫ ЖАЛОБЫ**

- а отсутствие симптомов в раннем детстве
- б тяжесть в верхних отделах живота
- в слабость, утомляемость
- г периодические боли в животе
- д похудание
- е снижение памяти, плохая успеваемость
- ж лихорадочные состояния
- з дизурические явления

**220. ДЛЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ**

- а спленомегалия
- б гепатоспленомегалия
- в желтуха
- г асцит
- д энцефалопатия

е стул с алой кровью

ж рвота с кровью

з артериальная гипертензия

**221. ДЛЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ
ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНЫ АНАЛИЗЫ**

а тромбоцитопения

б лейкопения

в анемия нормохромная

г анемия гипохромная

д диспротеинемия

е повышение ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ.

Укажите правильный ответ

**222. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНУЮ ПРИЧИНУ ТЕМНОГО СТУЛА С
ПРИМЕСЬЮ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО
ТЯЖЕЛУЮ ВНУТРИУТРОБНУЮ ГИПОКСИЮ**

а портальная гипертензия

б инвагинация кишечника

в неспецифический язвенный колит

г некротический энтероколит

д геморрагический гастрит

Укажите все правильные ответы

**223. НАЗОВИТЕ ПЕРВИЧНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ У РЕБЕНКА
5 ЛЕТ, ПОСТУПИВШЕГО В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ С ЖАЛОБАМИ НА РВОТУ
“КОФЕЙНОЙ ГУЩЕЙ”**

а осмотр ЛОР

б клинический анализ крови

в колоноскопия

г пневмоиригоскопия

д ФЭГДС

е УЗИ брюшной полости

224. НАЗОВИТЕ ЭКСТРЕННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ

а интубация трахеи

б установка желудочного зонда

в антибиотикотерапия

г переливание препаратов крови

д КТ головного мозга

е назначение препаратов, снижающих желудочную секрецию.

Укажите правильный ответ

225. РОДИТЕЛИ РЕБЕНКА 1,5 ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕГО ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ, ОФОРМЛЕННЫМ СТУЛОМ, ОБРАТИЛИСЬ С ЖАЛОБАМИ НА ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В КОНЦЕ ДЕФЕКАЦИИ, ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а портальной гипертензии

б болезни Крона

г врожденного полипоза толстой кишки

д анальной трещины

е инвагинации кишечника

Укажите все правильные ответы

226. НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

а опухоль брюшной полости

б киста печени

в тромбоз воротной вены

г постинфекционный цирроз печени

д постгипоксическое состояние

е порок развития сосудов брюшной полости

ПЛАНОВАЯ И АМБУЛАТОРНАЯ ХИРУРГИЯ, ГЕНЕТИКА.

Укажите правильный ответ

227. Детская хирургия выделилась в самостоятельную дисциплину только:

а в начале XX века

б после революции 1917г.

в после 2 мировой войны

228. Первая в нашей стране кафедра Детской хирургии была организована в 1931г. в

а 2 МОЛГМИ

б 1 ММИ

в Ленинградском мед. Институте

г Киевском мед. Институте

д Минском мед. Институте

229. Основоположником академической научной школы детской хирургии в нашей стране является:

а С.Д.Терновский

б Г.А.Баиров

в С.Я.долецкий

г Ю.Ф.Исаков

д Т.П.Краснобаев

230. Организатором современной системы высшего медицинского образования и внедрения новых методов диагностики и лечения в детскую хирургию является

а С.Д.Терновский

б Г.А.Баиров

в С.Я.долецкий

г Ю.Ф.Исаков

д Т.П.Краснобаев

231. Перспективным направлением современной Детской хирургии является внедрение

а эндоскопических методов оперативного лечения

б фетальной хирургии

в лазерной хирургии

г гнотобиологической хирургии

232. Дети с какой патологией могут стать пациентами центра амбулаторной хирургии?

а черепно-мозговая травма

б плановая хирургическая патология

в врожденная диафрагмальная грыжа

233. Оперативное лечение в центре амбулаторной хирургии выполняется детям в возрасте с:

а 6 месяцев

б 1 года

в 3 лет

234. КРИОТЕРАПИЯ В амбулаторных условиях проводится детям с:

а лимфангиомой

б дермоидной кистой

в гемангиомой кавернозной

г простой растущей ангиомой

д капиллярной дисплазией

Укажите все правильные ответы

235. В ортопедическом центре амбулаторно проводятся

а консультации

б гипсование

в физиотерапия

г вправление вывиха бедра

д смена шины-распорки

236. После плановой операции грыжесечения в центре амбулаторной хирургии ребенок нуждается:

- а строгом постельном режиме 3 дня
- б наблюдении районного хирурга
- в госпитализации в стационар
- г наблюдении в уронефроцентре
- д осмотре в ЦАХ на 7 день после операции

237. ИСТОЧНИКОМ РОСТА НЕЙРОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- а симпатические ганглии
- б белое вещество мозга
- в оболочки периферических нервов
- г мозговое вещество надпочечников

Укажите правильный ответ

238 ОЦЕНКА БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙРОГЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРОИЗВОДИТСЯ ПО

- а реакции Абелева-Татарина
- б по экскреции катехоламинов мочи

Укажите все правильные ответы

239. ВРОЖДЕННЫЕ АНОМАЛИИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ

- а эктопия яичка
- б гипоплазия яичка
- в крипторхизм
- г варикоцеле
- д гидроцеле

Укажите номер правильного ответа

240. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕАНГИОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- а небольшого красного пятна

б пигментного образования

в обширной опухоли

241. ВОЗРАСТ ОСОБО ИНТЕНСИВНОГО РОСТА ГЕМАНГИОМЫ

а первое полугодие жизни

б после года

в в 7-10 лет

г у взрослых

Укажите все правильные ответы

242. МЕТОДЫ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ

а полихимиотерапия

б короткофокусная рентгенотерапия

в криогенное воздействие

г хирургическое удаление

д склерозирующее

е гормональное

ж эндоваскулярная хирургия

243. ЧАЩЕ ЛИМФАНГИОМЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В ОБЛАСТИ

а головы

б конечностей

в подмышечной впадины

г подчелюстной

д спины

е живота

ж средостения

Укажите правильный ответ

244 ЛИМФАНГИОМЫ ЛЕЧАТСЯ

а консервативно

б гормонами

в хирургически

г эндоваскулярно

д склерозированием

е короткофокусной рентгенотерапией

245 ПРИ ГЕМАНГИОМАХ НЕРЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИНДРОМ
КАЗАБАХА-МЕРРИТА И ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

а уровня сахара крови

б белка крови

в мочевины

г гемоглобина

д тромбоцитов

246. ДЕРМОИДЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ОБЛАСТИ

а кивательной мышцы

б крестцово-копчиковой

в височной, надбровной

247. ДЕРМОИДНЫЕ КИСТЫ ЛЕЧАТСЯ

а пункцией

б радикальным удалением

в криогенным воздействием

г гормональными препаратами

д. склерозированием

248. КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВУЮ ТЕРАТОМУ ОПЕРИРУЮТ
В ВОЗРАСТЕ

а после года

б после 3-х лет

в до 3-х месяцев

г до 1-го месяца

д с 3 до 6 месяцев

249. КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВУЮ ТЕРАТОМУ НЕОБХОДИМО

ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

а спинно-мозговой грыжей

б лимфангиомой

в дермоидной кистой

Укажите все правильные ответы

250. РЕБЕНОК С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

а УЗИ образования

б УЗИ почек и мочевого пузыря

в пробу Абелева-Татаринова

г пневмоирригографию

**251. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ
ПРОВОДЯТ С**

а липомой

б лимфангиомой

в фибромой

г эпителиомой

252.ВИДЫ ГЕАНГИОМ

а капиллярная

б кавернозная

в комбинированная

г казеозная

д изъязвлённая

253. СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТЫХ ГЕАНГИОМ

а криодеструкция

б склеротерапия

в лучевая терапия

г гормонотерапия

д хирургическое лечение (удаление)

е СВЧ-деструкция

254. СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНЫХ ГЕАНГИОМ

а криодеструкция

б склеротерапия

в лучевая терапия

г гормонотерапия

д хирургическое лечение (удаление)

е СВЧ-деструкция

255. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ ЛИМФАНГИОМЕ

а амбулаторное консервативное лечение

б экстренная госпитализация в хирургическое отделение

в медикаментозное лечение

г плановое хирургическое вмешательство

д локальная СВЧ-деструкция лимфангиомы

е склерозирующая терапия

Укажите правильный ответ

256. СПИННОМОЗГОВАЯ ГРЫЖА, ГИДРОЦЕФАЛИЯ И КОСОЛОПОСТЬ ЭТО

а секвенция

б врожденный синдром

Дополнить

257. ОЦЕНКА ВНЕШНЕГО ОБЛИКА ПАЦИЕНТА НОСИТ НАЗВАНИЕ

Укажите правильный ответ

258. МАЛЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ КОРРЕКЦИИ

а требуют

б не требуют

Дополнить

259. ТРИ И БОЛЕЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ УКАЗЫВАЮТ НА ВЕРОЯТНОСТЬ В 90% СЛУЧАЕВ -----

Укажите все правильные ответы

260. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТРЕХ И БОЛЕЕ МАЛЫХ АНОМАЛИЙ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ

а головного мозга

б сердца

в почек

г легких

д кишечника

е половых органов

261. ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ

а остановка дыхания

б отсутствие сознания

в расширение зрачков

г отсутствие зрачкового рефлекса

д отсутствие пульса на сонных артериях и АД

е бледность кожи и акроцианоз

ж судороги

з патологический тип дыхания

**262 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМЫХ
РЕАНИМАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ**

а сужение зрачков

б сухость склер глазных яблок

в определение пульсовой волны на сонных артериях

г улучшение цвета кожных покровов

д расширение зрачков

е экскурсия грудной клетки

**263. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ
СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

а тиопентал натрия

б сердечные гликозиды

в андреналин

г лазикс

д атропин

е бикарбонат натрия

ж глюкокортикоидные гормоны

з хлористый калий

и лидокаин

Укажите правильную последовательность

264. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

/ 1 / санировать ротоглотку

/2 / позвать на помощь и засечь время

/ 3 / обеспечить правильную укладку больного

/4 / начать непрямой массаж сердца

/ 5 / приступить к ИВЛ

Установить соответствие

265. ПРИ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА ТОЧКА ПРИЛОЖЕНИЯ СИЛЫ НАХОДИТСЯ

ВОЗРАСТ ЛОКАЛИЗАЦИЯ

1 новорожденный а верхняя треть грудины

2 дети старшего б середина грудины

возраста в мечевидный отросток

г граница средней и нижней трети грудины

д лева по средне ключичной линии

е нижняя треть грудины

ж слева в 4 межреберье

Укажите все правильные ответы

266. ПРАВИЛЬНАЯ УКЛАДКА БОЛЬНОГО ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

а приподнять ножной конец

б приподнять головной конец

в положить на твердую ровную поверхность

г положить валик под шею

д разгибание в атлanto-окципитальном сочленении

е вывести нижнюю челюсть

ж сгибание в атлanto-окципитальном сочленении

з подложить валик под плечи

267. ГЛАВНЫЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ИВЛ С ПОМОЩЬЮ ДЫХАТЕЛЬНОГО МЕШКА

а дозирует объем вдыхаемого воздуха

б обеспечивает необходимую частоту вентиляции

в предотвращает западение корня языка

г обеспечивает максимальную герметичность

д предотвращает аспирацию и регургитацию

е простота и доступность метода

ж вентиляция атмосферным воздухом

Установить правильную последовательность

268. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

/1 / массаж сердца

/ 2 / ИВЛ

/ 3 / электрическая дефибрилляция

/ 4 / освобождение верхних дыхательных путей

/ 5 / медикаментозная терапия

Укажите правильный ответ

269. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ

СЕРДЦА МОЖНО

а по пульсу на крупных артериях

б на ЭКГ

в при аускультации

г по анамнезу

д по изменению окраски кожных покровов

е при пальпации верхушечного толчка

ж при визуальном осмотре сердца

Укажите все правильные ответы

270. ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

а сердечные гликозиды

б периферические вазодилататоры

в салуретики

г осмодиуретики

д бета-адреноблокаторы

е ганглиоблокаторы

ж инотропы (синтетические катехоламины)

Укажите правильный ответ

271. ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКОГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а высокочастотной ИВЛ

б оксигенотерапии

в постоянного положительного давления на выдохе

г ГБО-терапии

д гелий-кислородную смесь

Укажите все правильные ответы.

272. ПРИЗНАКАМИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЯВЛЯЕТСЯ

а остановка дыхания

б отсутствие сознания

в расширение зрачков

г отсутствие зрачкового рефлекса

д отсутствие пульса на сонных артериях и АД

е снижение кожной температуры

ж судороги

з патологический тип дыхания

и тризм нижней челюсти

273. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ “ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ” СЛЕДУЕТ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВЫПОЛНИТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЕМЫ И ДЕЙСТВИЯ

а запрокинуть голову пострадавшего и убедиться в проходимости дыхательных путей

б произвести форсированное вдувание в легкие больного через рот или через нос с соблюдением правил герметичности

в проводить зрительный контроль за движением грудной клетки больного

г осуществлять ИВЛ с частотой 10-20 в мин

д использование приема Геймлиха

е использование приема Селлика

ж зондирование желудка

з введение воздуховода

Укажите правильный ответ

274. Доза адреналина гидрохлорида при проведении реанимационных мероприятий составляет

а 10 мкг/кг

б 20 мкг/кг

в 50 мкг/кг

г 0,1мг/год жизни

д 0,5 мкг/кг

275. ПЕРИОД КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ДЛИТСЯ

а 1-2 мин

б 3-5 мин

в 5-7 мин

г 10 мин

д 15 мин

Укажите все правильные ответы.

276. ПРИ НАЛИЧИИ ПРИЗНАКОВ СМЕРТИ ОЦЕНКА ВНЕШНЕГО ВИДА РОГОВИЧНОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЗВОЛЯЕТ СУДИТЬ О

а продолжительности остановки кровообращения

б степени повреждения структур головного мозга

в наступлении гибели корковых структур головного мозга

г наступлении биологической смерти

д наступлении клинической смерти

277. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОТЕКА МОЗГА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

а рентгенография костей черепа

б осмотр глазного дна

в электроэнцефалография

г измерение ЦВД

д реоэнцефалография

е эхоэнцефалография

278. ПРИ ОТЕКЕ МОЗГА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РИСКА ВКЛИНЕНИЯ МОЗГА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

а 5% раствор глюкозы

б лазикс

в гемодез

г маннитол

д альбумин 10-20%

е полиглюкин

279. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

а гормоны

б лазикс

в реланиум

г ГОМК

д миорелаксанты

е препараты барбитуровой кислоты

Дополнить

**280. ЕДИНСТВЕННЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ СПЕЦИФИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

Укажите все правильные ответы

281. КЛИНИКА ПРИ КЛОНИЧЕСКИХ СУДОРОГАХ

- а быстро начинаются
- б медленное развитие судорог
- в охватывают крупные мышцы
- г охватывают мелкие мышцы
- д продолжительные
- е быстро проходящие

282. КЛИНИКА ПРИ ТОНИЧЕСКИХ СУДОРОГАХ

- а быстро начинаются
- б медленное развитие судорог
- в охватывают крупные мышцы
- г охватывают мелкие мышцы
- д продолжительные
- е быстро проходящие

283. У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СУДОРОГИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- а черепно-мозговая травма;
- б эпилепсия;
- в гипоксически-ишемическое поражение ЦНС;
- г менингит и менингоэнцефалит;
- д медикаментозные отравления;
- е спазмофилия.

284. КАКИЕ СРОЧНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРИ СУДОРОГАХ

- а общий осмотр
- б рентгенография черепа
- в ЭКГ
- г КТ, МРТ

д сбор анамнеза

Укажите правильный ответ

285. ЛОКАЛЬНЫЕ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

1. Эпилепсии
2. Менингита
3. Спазмофилии

г Черепно-мозговой травмы

д Сепсиса

е Гипертермии

286. ТОНИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ, КЛОНИЧЕСКОЕ СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦ ЛИЦА, МЕНИНГЕАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ

а черепно-мозговой травмы

б эпилепсии

в гнойного менингита

г спазмофилии

д сепсиса

е гипертермии

287. НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ ИЛИ КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ НА ФОНЕ ГИПЕРТЕРМИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ НЕЙРОИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

а черепно-мозговой травмы

б эпилепсии

в гнойного менингита

г спазмофилии

д сепсиса

е фебрильных судорог

288. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ТОНИКО-КЛОНИЧЕСКИЕ СУДОРОГИ С НАРУШЕНИЕМ ДЫХАНИЯ, ПОТЕРЕЙ СОЗНАНИЯ, ЗАКАНЧИВАЮЩИЕСЯ СНОМ, ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

а черепно-мозговой травмы

б эпилепсии

в гнойного менингита

г спазмофилии

д сепсиса

е фебрильных судорог

Укажите все правильные ответы

289. ПЕРВАЯ НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ СУДОРАГАХ ВКЛЮЧАЕТ

а обеспечить проходимость дыхательных путей;

б обеспечить дополнительную подачу кислорода;

в вызвать на консультацию невропатолога, окулиста;

г измерить температуру тела;

д выполнить клинический анализ крови;

е ввести противосудорожные препараты.

290. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ ЯВЛЯЕТСЯ

а аминазин;

б диазепам;

в фенobarбитал;

г оксибутират натрия.

291. КАКИЕ ПУТИ ВВЕДЕНИЯ ПРОТИВОСУДОРОЖНЫХ ПРЕПАРАТОВ НУЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

а пероральный;

б внутримышечный;

в подкожный;

г внутривенный.

Укажите правильный ответ

292. ДОЗА ДИАЗЕПАМА (РЕЛАНИУМА) НА КГ. МАССЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ СОСТАВЛЯЕТ

а 0,1 – 0,5 мг/кг

б 1 – 2 мг/кг

в 5 – 10 мг/кг

293. ДОЗА ОКСИБУТИРАТА НА КГ. МАССЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ

а 0,1 – 0,5 мг/кг

б 5 – 10 мг/кг

в 50 – 100 мг/кг

294. ДОЗА ФЕНОБАРБИТАЛА НА КГ. МАССЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ СУДОРОГ

а 0,1 – 0,5 мг/кг

б 1 – 5 мг/кг

в 5 – 10 мг/кг

Укажите все правильные ответы

295. КАКИЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРИЧИН СУДОРОГ

а клинический анализ крови;

б биохимический анализ крови;

в клинический анализ мочи;

г токсикологическое исследование крови и мочи;

296. КАКИЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНФОРМАТИВНЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЭТИОЛОГИИ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ

а кальций;

б калий;

в магний;

г глюкоза;

д билирубин;

е мочевины.

297. В КЛИНИКЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

а выраженная жажда

б гипотермия

в снижение тургора кожи

г гиперемия кожи

д выраженная сухость слизистых

е раннее падение АД

ж повышенное АД

298. В КЛИНИКЕ ГИПОТОНИЧЕСКОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ НАБЛЮДАЕТСЯ

а выраженная жажда

б гипотермия

в снижение тургора кожи

г гиперемия кожи

д выраженная сухость слизистых

е раннее падение АД

ж повышенное АД

299. ВЫРАЖЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ГЕМАТОКРИТА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

а гипотонической гипергидратации

б анурии

в изотонической дегидратации

г гипертонической гипергидратации

д гипертонической дегидратации

е гипотонической дегидратации

ж полицитемия

300. ПОСЛЕ УТОПЛЕНИЯ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

а гиповолемия

б гиперволемиа

в отек легких

г гемолиз эритроцитов

д почечная недостаточность

е гемоконцентрация

ж гипонатриемия

301. ПОСЛЕ УТОПЛЕНИЯ В СОЛЕНОЙ ВОДЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

а гиповолемиа

б гиперволемиа

в отек легких

г гемолиз эритроцитов

д почечная недостаточность

е гемоконцентрация

ж гипонатриемия

302. УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В НАТРИИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

а гипертонической дегидратации

б метаболическом алкалозе

в гипотонической дегидратации

г упорной рвоте

д диаррее

е потерях с перспирацией

ж пилоростенозе

з псевдопилоротенозе

303. К ПЛАЗМОЗАМЕЩАЮЩИМ КОЛЛОИДНЫМ РАСТВОРАМ ОТНОСЯТСЯ

а полиглюкин

б 0,9% раствор Na Cl

в плацентарный альбумин

г инфукол

д гемодез

е гидроксизилированные крахмалы

Укажите правильный ответ

304. ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

а респираторный ацидоз

б метаболический ацидоз

в метаболический алкалоз

г респираторный алкалоз

305. ОБЪЕМ ЦИРКУЛИРУЮЩЕЙ КРОВИ У РЕБЕНКА

6 МЕСЯЦЕВ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ

а ОЦК 80 мл/кг

б ОЦК 100 мл/кг

в ОЦК 120 мл/кг

**306. С УВЕЛИЧЕНИЕМ ВОЗРАСТА РЕБЕНКА ОБЩАЯ ВОДА ТЕЛА
ОТНОСИТЕЛЬНО МАССЫ**

а увеличивается

б уменьшается

в не меняется

Укажите все правильные ответы

307. ТЕРМИН “ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ” ВКЛЮЧАЕТ

а нефизиологические потери воды и электролитов

б увеличение потерь воды и электролитов с рвотой и жидким стулом

в секвестрация в «третьем» пространстве

г уменьшение поступления воды и электролитов в организм ребенка

308. КЛАССИФИКАЦИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ИЗОТОНИЧЕСКИЕ, ГЕПЕРТОНИЧЕСКИЕ И ГИПОТОНИЧЕСКИЕ ОСНОВАНА НА ИЗМЕНЕНИИ

- а осмотической концентрации внеклеточной жидкости
- б концентрации натрия в плазме крови
- в осмотической концентрации внутриклеточной жидкости
- г общей воды тела

309. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТЫ КРОВИ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

- а свежезамороженная плазма
- б физиологический раствор
- в 5% альбумин
- г аминовен
- д тромбоконтрат
- е реополиглюкин

310. КАКИЕ ЗАДАЧИ РЕШАЮТСЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

- а восполнение объема циркулирующей крови
- б оптимизация венозного возврата и сердечного выброса
- в обеспечение необходимого уровня кислородного транспорта
- г коррекция КОС и водно-электролитного баланса
- д обеспечение белками, жирами, углеводами, калориями

311. ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

- а глюкоза 10%
- б глюкоза 40%
- в физиологический раствор
- г инфукол
- д аминостерил 6%
- е альбумин

ж липофундин

312. В ПЕРВЫЕ СУТКИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ОБЪЕМ ВВОДИМОЙ ЖИДКОСТИ СУММИРУЕТСЯ ИЗ

а объема дегидратации

б 60% объема дегидратации

в физиологической потребности

г 60% физиологической потребности

д объема патологических текущих потерь

Укажите правильный ответ

313. ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ СООТНОШЕНИЕ СОЛЕВЫХ И БЕССОЛЕВЫХ РАСТВОРОВ ДЛЯ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НОВРОЖДЕННЫХ

а 1 : 2

б 1 : 3

в 1 : 4

Укажите все правильные ответы

314. ПРИЧИНАМИ РЕСПИРАТОРНОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

а гипокалиемия

б дыхание по типу Куссмауля

в гиповентиляция

г передозировка бикарбоната натрия

д ИВЛ в режиме гипервентиляции

е множественные переломы ребер

ж передозировка трисамина

з быстрый бег

315. ПРИЧИНАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО АЛКАЛОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

а гипокалиемия

б дыхание по типу Куссмауля

в гиповентиляция

г передозировка бикарбоната натрия

д ИВЛ в режиме гипервентиляции

е множественные переломы ребер

ж передозировка трисамина

з быстрый бег

Укажите правильный ответ

316. КАКОВА СКОРОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ НА НАЧАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОГО ШОКА

а 100-200 мл/кг/сутки

б 4-7 мл/кг/час

в 15-20 мл/кг за первые 20-30 минут терапии

г 90-100мл/кг в течение первых 4 часов

Дополнить

317. СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH - 7,26, pCO₂ - 52, BE - -1,5, SB - 24

КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

318. СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH - 7,26, pCO₂ - 34, BE - -8 , SB - 17

КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

319. СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH - 7,56, pCO₂ - 30, BE - + 5, SB - 27

КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

320 . СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH - 7,52, pCO₂ - 39, BE - +9, SB- 29

КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК

321 .СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH -7,51, pCO₂ -28, BE -+1,5, SB - 26

КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК

322. СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КИСЛОТНО ОСНОВНОГО БАЛАНСА

pH 7,15, pCO₂ -56 , BE - -15, SB- 9

КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК

4. Отравления.

Укажите все правильные ответы

323. В КАКИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТСЯ ОТРАВЛЕНИЯ

а новорожденные

б грудные

в дети до 3-х лет

г дети до 6 лет

д старше 10 лет

324. КАКИЕ ВИДЫ ОТРАВЛЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

а бытовые

б лекарственные

в алкоголь

г наркотики

д продуктами горения

325. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОТРАВЛЕНИЯ

а грибами

б трициклическими антидепрессантами

в уксусной эссенцией

г алкоголем

д угарным газом

е медикаментами

326. К МЕТОДАМ РЕАНИМАЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ ОТНОСЯТСЯ

а гемосорбция

б экссангвинодиллюция

в гемодиализ

г перитонеальный диализ

д плазмаферез

327. ПРИ ВНЕЗАПНОМ УГНЕТЕНИИ СОЗНАНИЯ У РЕБЕНКА ВОЗРАСТА 2-3 ЛЕТ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ОТРАВЛЕНИЯ

а фенотиозинами

б гипотензивными препаратами

в ФОС

г салицилатами

д наркотиками

е антидепрессантами

ж алкоголем

328. ПРИ ВНЕЗАПНОМ УГНЕТЕНИИ СОЗНАНИЯ У РЕБЕНКА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ ОТРАВЛЕНИЯ

а фенотиозинами

б гипотензивными препаратами

в ФОС

г салицилатами

д наркотиками

е антидепрессантами

ж алкоголем

329. ЕСЛИ РЕБЕНОК СЛУЧАЙНО ВЫПИЛ ГЛОТОК ЖИДКОСТИ “КРОТ” НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

а ожог ротоглотки и пищевода

- б отравление щелочью
- в отравление ФОС
- г метгемоглобинообразование
- д отравление кислотой
- е гемолиз эритроцитов

330. ЕСЛИ РЕБЕНОК СЛУЧАЙНО ВЫПИЛ ГЛОТОК УКСУСНОЙ ЭССЕНЦИИ, НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

- а ожог ротоглотки и пищевода
- б отравление щелочью
- в поражение почек
- г метгемоглобинообразование
- д отравление кислотой
- е гемолиз эритроцитов

331. ЕСЛИ РЕБЕНОК СЛУЧАЙНО ВЫПИЛ ГЛОТОК КИСЛОТЫ ИЛИ ЩЕЛОЧИ, НЕОБХОДИМО ЭКСТРЕННО ВЫПОЛНИТЬ

- а промывание желудка водой
- б промывание желудка р-ром соды питьевой
- в промывание желудка р-ром марганца
- г исключить отравление
- д оценить функцию дыхания и гемодинамики

332. ЕСЛИ РЕБЕНКУ ПО ОШИБКЕ ЗАКАПАЛИ В НОС ИЗБЫТОЧНУЮ ДОЗУ НАФТИЗИНА, ОТРАВЛЕНИЕ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ ПО СИМПТОМАМ

- а угнетение сознания
- б рвота
- в возбуждение
- г судороги
- д галлюцинации
- е брадикардия

**333. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
СИМПТОМАМИ**

- а возбуждение
- б галлюцинации
- в судороги
- г артериальная гипертензия
- д полная или частичная кома
- е отек легких

**334. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а сужение зрачков
- б возбуждение
- в брадипное, апное
- г нарушение внутрисердечной проводимости
- д артериальная гипотензия
- е полная или частичная кома

**335. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а расширение зрачков
- б возбуждение
- в галлюцинации
- г судороги
- д брадипное, апное
- е нарушение внутрисердечной проводимости
- ж полная или частичная кома
- з отек легких

336. КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а сужение зрачков
- б галлюцинации
- в брадипное, апное
- г артериальная гипотензия
- д артериальная гипертензия
- е полная или частичная кома
- ж отек легких

337 ОТРАВЛЕНИЕ ФОС ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- а рвота
- б боли в животе
- в гепатомегалия
- г брадикардия
- д тахикардия
- е легочные осложнения
- ж отек легких

338. ДЕЙСТВИЯ ПРИ УКУСЕ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ И НАСЕКОМЫХ

- а введение специфических сывороток
- б циркулярная новокаиновая блокада выше места укуса
- в в/в введение промедола, димедрола, антибиотиков
- г обкладывание конечности холодом
- д промывание ранки 1%-ром перманганата калия
- е инъекция в ранку 0,3 мл 0,1%-ра адреналина
- ж иммобилизация конечности
- з наложение жгута

и новокаиновая блокада краев раны

к полуспиртовой компресс

Укажите правильный ответ

339. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ БЫТОВОЙ ХИМИИ МОГУТ ДАТЬ КЛИНИКУ ОТРАВЛЕНИЯ ФОС

а этиленгликоль

б керосин

в инсектициды

г Санекс

д пергидроль

340. ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

а альфа1-рецепторы

б бета1-рецепторы

в бета2-рецепторы

Укажите все правильные ответы

341. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

а коронарная перфузия правого и левого желудочка

осуществляется только во время диастолы

б коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100г

в потребность миокарда в кислороде восполняется за счет

усиления экстракции в зоне коронарных артерий

г в основном питание синусного и атриовентрикулярного

узла осуществляется за счет правой коронарной артерии

342. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ПРОВЕДЕНИЯ СРОЧНОГО ЛЕЧЕНИЯ

а при снижении ЧСС от 45 и ниже ударов в минуту

б при наличии признаков плохой периферической перфузии

в изначально использованием блокаторов кальциевых канальцев
г при ее сочетании с мультифокальными эктопическими
желудочковыми сокращениями

343. БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

а острым инфарктом нижней стенки миокарда

б при медиастените

в применении наркотических препаратов

г гипоксией

д избыточным давлением на диафрагму

Дополнить

**344. В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ БОЛЬНОМУ С АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ
ШОКОМ НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ_____**

Укажите правильный ответ

345. ПОКАЗАНИЕМ К ДЕФИБРИЛЯЦИИ СЕРДЦА ЯВЛЯЕТСЯ

а отсутствие пульса на сонных артериях

б отсутствие признаков эффективности закрытого массажа

сердца в течение 3 мин

в максимальное расширение зрачков

г регистрация фибрилляции сердца на экране кардиомонитора

д отсутствие сознания и дыхания

Укажите все правильные ответы.

346. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ ВЕЛИЧИНУ И ХАРАКТЕР ПРЕДНАГРУЗКИ

а АД

б ОПС

в СИ

г КДО ЛПЖ

д КДД ЛипЖ

347. ПОСТНАГРУЗКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТАКИМИ ПАРАМЕТРАМИ КАК

а формой, размером, толщиной стенки желудочка

б системным сосудистым сопротивлением

в вязкостью крови

г сердечным выбросом

348. КАК ВЛИЯЮТ ВАЗОДИЛАТАТОРЫ

а увеличивают растяжимость миокарда

б снижают величину венозного возврата

в увеличивает время развития максимального напряжения миокарда

г снижают величину ОПС

д повышают венозный тонус

е увеличивает потребление кислорода миокардом

Укажите правильный ответ

349. КАКОВА СКОРОСТЬ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ШОКЕ

а 5 мл/кг/час

б 10 мл/кг/час

в 20 мл/кг/час

350. НОВОРОЖДЕННЫЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ВЗРОСЛЫМИ ТРЕБУЮТ

а более высоких доз допамина

б меньших доз

в доза препарата одинакова

351. СНИЖЕНИЕ ST НИЖЕ ИЗОЛИНИИ НА 1 ММ

а не является патологией

б свидетельствует о проявлении гипоксии миокарда

в является симптомом инфаркта миокарда

г свидетельствует о признаках перикардита

Укажите все правильные ответы

352. ПРИЗНАКАМИ ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ

а анурия

б брадикардия

в кома

г артериальная гипертония

д снижение PCO_2

е повышение глюкозы крови

Установить соответствие

353. ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

СОСТОЯНИЕ ХАРАКТЕР НАРУШЕНИЙ

1. Кома а централизация кровообращения

2. Шок б потеря сознания

3. Сопор в нарушения гемодинамики, функции

дыхания, метаболизма, ЦНС

г угнетение сознания

354. СНИЖЕННЫЕ КОМПЕНСАТОРНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ РЕБЕНКА ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОДН ОБУСЛОВЛЕННЫ

а высоким стоянием диафрагмы

б высокой частотой дыхания

в горизонтальным расположением ребер

г слабостью дыхательной мускулатуры

д реактивностью сосудов легких

355. ОБСТРУКЦИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРВИЧНОЙ В РАЗВИТИИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ

а мекониальной аспирация у новорожденного

б бронхиальной астме

в двойной дуге аорты

г крупе

д атрезии хоан

е диафрагмальной грыже

ж атрезии пищевода

356. ОСНОВНЫМИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПОКСЕМИИ ПРИ ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

а гиповентиляция

б нарушение процесса диффузии в легких

в нарушение вентиляционно-перфузионных соотношений в легких

г шунтирование крови справа-налево на уровне легких

д шунтирование крови справа-налево на уровне сердца

Укажите правильный ответ

357. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ МЕХАНИЗМОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГИПЕРКАПНИИ ПРИ ОДН ЯВЛЯЕТСЯ

а шунтирование крови справа-налево на уровне сердца

б гиповентиляция

в гипертермия

г шунтирование крови справа-налево на уровне легких

Укажите все правильные ответы

358. МЕТОДЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ У ДЕТЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОДН

а обеспечение проходимости дыхательных путей

б оксигенотерапия

в СДППД

г ИВЛ

д терапия экзогенными сурфактантами

е ингаляция оксида азота

ж инфузионная терапии

359. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО ПЕРВЫХ СУТОК ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ

а аспирации околоплодными водам или меконием

б отеке подсвязочного пространства

в РДС

г врожденном пороке сердца

д врожденной пневмонии

е пороке развития ЖКТ

ж диафрагмальной грыже

Укажите правильный ответ

360. ОБЩЕПРИНЯТАЯ ВЕЛИЧИНА ПОЗИТИВНОГО ДАВЛЕНИЯ НА ВЫДОХЕ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СДППД У ДЕТЕЙ

а 20 - 30 мм.вод.ст

б 20 - 50

в 50 – 90

Комы и угрожающие состояния

Укажите все правильные ответы

361. КАКИЕ ВИДЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ СУЩЕСТВУЮТ

а Агония

б Сомнолентность

в Прекома

г Преагония

д Кома

е Сопор

Укажите правильный ответ

362. Отсутствие реакций на любые раздражители, расширение зрачков без реакции на свет, полная атония мышц, появление признаков нарушения дыхания и кровообращения характерно для:

а Глубокой комы

б Легкой комы

в Обморока

г Сопора

363. Угнетение функции ствола, иногда и спинного мозга, жизнь обеспечивается с помощью ИВЛ и инотропной поддержки. Это:

а Легкая кома

б Выраженная кома

в Глубокая кома

г Терминальная кома

364. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ВЫХОДА ИЗ КОМЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ ПО ШКАЛЕ:

а Глазго

б. седации

в критерию прогноза Призма

Укажите все правильные ответы

365. В ШКАЛУ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ КОМ ГЛАЗГО ВХОДИТ:

а. Двигательная реакция

б. Окуловестибулярный рефлекс

в. Движение глазных яблок

г. Роговичный рефлекс

д. Реакция на словесное обращение

366. Какие инструментальные методы диагностики применяются при коме неясной этиологии:

а Рентгенография грудной клетки

б КТ головного мозга

в Люмбальная пункция

г Эхоэнцефалоскопия

д Электроэнцефалография

е Ангиография сосудов головного мозга

Укажите правильный ответ

367. Какой инструментальный метод диагностики применяется для оценки состояния головного мозга при коматозных состояниях:

1. Люмбальная пункция

1. КТ головного мозга

2. Нейросонография

г Электроэнцефалография

Укажите все правильные ответы

368. Какие лабораторные исследования необходимо провести при подозрении на диабетическую кому:

а КОС

б Сахар крови

в Определение осмолярности крови

г Биохимия крови

д Определение кетоновых тел в моче

е ОАМ

Укажите правильный ответ

369. Кома – это:

а расстройство сознания, которое проявляется в виде повышенной сонливости.

б отсутствие сознания, нарушение двигательных, чувствительных и соматовегетативных функций.

в глубокое угнетение сознания, ребенок спит, разбудить его могут только сильные звуковые, слуховые или болевые раздражители.

370. Наиболее легкая степень нарушения сознания:

а Кома

б Сопор

в Сомнолентность

371. Частой причиной коматозных состояний у новорожденных является:

а Черепно-мозговая травма

б Экзогенные отравления

в Гипоксия

г Эндокринная патология

Укажите все правильные ответы

372. Для детей старшего возраста характерной причиной развития коматозного состояния является:

а Перитонит

б Нарушения водно-электролитного обмена

в Кровоизлияния в головной мозг

г Черепно-мозговая травма

д Отравления

373. Какие симптомы входят в шкалу Глазго:

а Открывание глаз

б Окуловестибулярный рефлекс

в Двигательная реакция

г Наличие самостоятельного дыхания

д Речевая реакция

374. При децеребрационном состоянии положение:

а Руки согнуты в локтевых суставах и приведены к телу

б Руки разогнуты и пронированы

в Ноги согнуты во всех суставах и приведены

г Ноги разогнуты во всех суставах (конская стопа)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Пороки развития и заболевания легких.

Укажите правильный ответ

375. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕТСЯ

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

Укажите все правильные ответы

376. К ПОРОКАМ РАЗВИТИЯ, ВЫЗЫВАЮЩИМ ВНУТРИГРУДНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ ОТНОСЯТСЯ

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

Укажите правильный ответ

377. ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ФОРМИРУЮЩИМ ВРОЖДЕННУЮ ДОЛЕВУЮ ЭМФИЗЕМУ ЯВЛЯЕТСЯ

- а легочная дисплазия
- б кистозная трансформация альвеол
- в агенезия бронхиального хряща
- г аспирация в родах

Укажите все правильные ответы

378. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВРОЖДЕННОЙ ДОЛЕВОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

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

379. К СМЕЩЕНИЮ СРЕДОСТЕНИЯ В БОЛЬНУЮ СТОРОНУ ПРИВОДЯТ

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

Укажите правильный ответ

380. ОТСУТСТВИЕ УСТЬЯ ОДНОГО ИЗ БРОНХОВ ВО ВРЕМЯ БРОНХОСКОПИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- а Агенезии легкого
- б Аплазии легкого
- в Гипоплазии легкого
- г Секвестрации легкого

381. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛОБАРНУЮ ЭМФИЗЕМУ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- а Обзорную рентгенографию грудной клетки
- б Бронхоскопию
- в Бронхографию
- г Грудную аортографию
- д Компьютерную томографию грудной полости

382. ОСНОВНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ГИПОПЛАЗИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ

а гнойное воспаление

б малигнизация

в кровотечение

г гипертензия малого круга

Укажите все правильные ответы

383. ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ

а сухой кашель

б влажный кашель

в интоксикация

г частые пневмонии

384. ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ ЧАСТО ПРИ ПОРОКАХ

а агенезия легкого

б ателектаз легкого

в гипоплазия легкого

г бронхоэктатическая болезнь

д врожденная лобарная эмфизема

е секвестрация легкого

ж врожденные кисты легкого

Укажите правильный ответ

385. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЛЕГОЧНУЮ СЕКВЕСТРАЦИЮ

а Компьютерная томография грудной полости

б Компьютерная томография грудной полости с внутривенным введением контрастного вещества

в Бронхоскопия

г Бронхография

д Радиоизотопное исследование легких

386. ТИПИЧНЫМ МЕСТОМ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВНЕДОЛЕВОГО ЛЕГОЧНОГО СЕКВЕСТРА ЯВЛЯЕТСЯ

а Задне-нижние отделы плевральной полости

б Передне-нижние отделы плевральной полости

в Верхние отделы плевральной полости

г Прикорневые отделы легких

Укажите все правильные ответы

387. ДЛЯ НАПРЯЖЕННОЙ ВОЗДУШНОЙ КИСТЫ ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

а Ослабление дыхания на стороне поражения

б Наличие при перкуссии легочного звука с коробочным оттенком

в Смещение средостения в противоположную сторону

г Стойкая гипертермия

д Перегрузки камер сердца

е Легочная гипертензия

388. ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БРОНХОЭКТАЗИИ МОГУТ БЫТЬ

а воспалительные заболевания органов дыхания

б врожденные пороки легких

в инородные тела бронхов

г инородные тела пищевода

д аспирация

е ателектаз легкого

Укажите правильный ответ

389. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ, ТРЕБУЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ФОРМА БРОНХОЭКТАЗИИ

а цилиндрическая

б мешотчатая

в кистозная

390. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ БРОНХОЭКТАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

а влажный кашель обильной мокротой по утрам

б сухой кашель по утрам

в влажный кашель вечером

г кровохаркание

Укажите все правильные ответы

391. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БРОНХОЭКТАЗИИ ПОКАЗАНЫ

а бронхоскопия

б бронхография

в ангиография

г КТ легких

д радиоизотопное исследование легких

е торакоскопия

Укажите правильный ответ

392. НАИБОЛЕЕ БЫСТРОЕ РАЗВИТИЕ БРОНХОЭКТАЗИИ ВЫЗЫВАЮТ ИНОРОДНИЕ ТЕЛА

а пластмассовые

б металлические

в органические

г стеклянные

393. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ВЫЯВЛЕНИЯ ИНОРОДНИХ ТЕЛ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

а рентгеноскопия

б бронхоскопия

в полипозиционная КТ

г бронхография

д рентгенография в 2-х проекциях

Установить соответствие

394. ОСТРАЯ БАКТЕРИАЛЬНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ ПО ГЕНЕЗУ

1 первичная а гематогенная

2 вторичная б аэробронхогенная

в внутриутробная

395. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МИКРОФЛОРЫ

1 на периферии легкого а клебсиелла

2 внутрилегочно б стафилококк в грибы рода кандида

Дополнить

396. ДЕКТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ С ПЛЕВРАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ИНФЕКЦИИ-----

397. АБСЦЕССЫ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ ИНФЕКЦИИ-----

398. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ДЕКТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ_____

Укажите все правильные ответы

399. В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ДЕКТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

а напряженный пиопневмоторакс

б пневмоторакс

в инфильтрат

г плащевидный плеврит

д абсцесс

Укажите правильный ответ

400. ДЕКТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ

а до 3 лет

б от 3 до 5 лет

в от 5 до 7 лет

г старше 7 лет

401. БУЛЕЗНАЯ ФОРМА ДЕСТРУКЦИИ ЛЕГКИХ ЯВЛЯЕТСЯ СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ

а начальной

б разгара

в реконвалесценции

Укажите все правильные ответы

402. К ПЛЕВРАЛЬНЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ОТНОСЯТСЯ

а пневмоторакс

б пиопневмоторакс

в пиоторакс

г абсцесс легкого

д буллы

е плащевидный плеврит

Дополнить

403. К СОВРЕМЕННЫМ МЕТОДАМ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКИ ПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ-----

Ожоги и рубцовые стенозы пищевода.

Укажите правильный ответ

404. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА РЕБЕНКУ, ВЫПИВШЕМУ ГЛОТОК УКСУСНОЙ КИСЛОТЫ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

а щелочным раствором;

б подкисленным раствором;

в холодной водой;

г водой комнатной температуры;

д горячей водой.

405. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА РЕБЕНКУ, ВЫПИВШЕМУ ГЛОТОК ЕДКОЙ ЩЕЛОЧИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

а холодной водой;

б водой комнатной температуры;

в горячей водой;

г подкисленным раствором;

д щелочным раствором.

Дополнить

406. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГЕ ПОЛОСТИ РТА И ПИЩЕВОДА

ЕДКИМИ ЖИДКОСТЯМИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В _____

ЖЕЛУДКА

Установить правильную последовательность

407. ЕСЛИ РЕБЕНОК 1,5 ЛЕТ ВЫПИЛ УКСУСНУЮ ЭССЕНЦИЮ

НЕОБХОДИМО

/ 1 / диагностическая эндоскопия

/ 2 / промывание желудка

/ 3 / внутриносовая новокаиновая блокада

/ 4 / инфузионная терапия

/ 5 / осмотр токсиколога

/ 6 / контроль диуреза

Укажите правильный ответ

408. ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ДЕТЯМ НУЖНО ВЫПОЛНЯТЬ

а через зонд

б приемом большого количества

воды с вызыванием рвоты

Дополнить

409. РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ ПИЩЕВОДА ВОЗМОЖНЫ ПРИ ОЖОГАХ
_____ СТЕПЕНИ

410. ПРОФИЛАКТИКОЙ РУБЦОВОГО СТЕНОЗА ПИЩЕВОДА ПРИ
ОЖОГАХ ЯВЛЯЕТСЯ _____

Укажите все правильные ответы

411. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОЖОГА РОТОГЛОТКИ И
ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

а диаррея

б дисфагия

в саливация

г анемия

д наложения фибрина на слизистых

е осиплость голоса

ж сухость полости рта

Дополнить

412. РЕБЕНОК С ОЖОГОМ ПИЩЕВОДА 3 СТЕПЕНИ ДОЛЖЕН
НАБЛЮДАТЬСЯ ХИРУРГОМ В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО _____

Укажите все правильные ответы

413. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА РУБЦОВОГО СУЖЕНИЯ
ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЮТ

а обзорную рентгенографию грудной клетки

б контрастную рентгеноскопию пищевода

в двойное контрастирование пищевода

г эзофагоскопию

д анализ крови

е УЗИ

ж радиоизотопное исследование

414. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ПЕРФОРАЦИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

а головная боль

б дисфагия

в боли за грудиной

г крепитация на шее

д гипертермия

е рвота кровью

415. ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

а рвота

б отказ от еды

в саливация

г одышка

д гипертермия

е затруднение глотания

ж за грудиные боли

Пороки развития пищевода. Желудочно-пищеводный рефлюкс.

Укажите правильный ответ

416. ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ЗРЕЛОСТИ ПИЩЕВОД ДОСТИГАЕТ К:

а 3-м месяцам;

б 6-ти - 24 месяцам;

в 3-м годам;

г 5-ти годам;

Укажите все правильные ответы

417. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА НЕОБХОДИМО

- а контрастное обследование пищевода в положении стоя;
- б жесткая эзофагоскопия ;
- в контрастное обследование пищевода в положении лежа;
- г фиброэзофагоскопия ;
- д 24-часовая рН-метрия .

418. К АСПИРАЦИОННОМУ СИНДРОМУ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИВОДЯТ

- а атрезия пищевода
- б ложная диафрагмальная грыжа
- в двойная дуга аорты
- г рефлюкс-эзофагит
- д ахалазия кардии
- е парез диафрагмы
- ж трахео-пищеводный свищ

419. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КАРДИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

- а халазии кардии
- б диафрагмально-плевральной грыже
- в врожденном стенозе пищевода
- г врожденном коротком пищеводе
- д грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- е ахалазии кардии

420. ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНЫЙ РЕФЛЮКС ОСЛОЖНЯЕТСЯ

- а стенозом кардиального отдела пищевода
- б стенозом пищевода на границе средней и нижней трети
- в дивертикулом пищевода

- г перфорацией пищевода
- д мегаэзофагусом
- е язвенно-эрозивным эзофагитом
- ж респираторным синдром
- з хронической анемией

**421. К ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОМУ РЕФЛЮКСУ ПРИВОДЯТ
АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

- а тупой угол Гисса
- б высокое стояние купола диафрагмы
- в спленомегалия
- г широкое эзофагеальное кольцо
- д зубчатая линия выше эзофагеального кольца
- е мегаэзофагус

**422. В ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОГО РЕФЛЮКСА
ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИМЕЮТ**

- а сонография
- б ангиография
- в рН-метрия пищевода и желудка
- г рентгеноконтрастное исследование желудка
- д обзорная рентгенография грудной клетки
- е фиброэзофагогастродуоденоскопия

Укажите правильный ответ

423. АНЕМИЯ ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОМ РЕФЛЮКСЕ СВЯЗАНА С

- а голоданием
- б травмой слизистой желудка
- в рвотой

г эрозивно-язвенным эзофагитом

Установить соответствие

**424. ПРИ ЖЕЛУДОЧНО-ПИЩЕВОДНОМ РЕФЛЮКСЕ
СИНДРОМ СОСТОЯНИЕ**

1 Аспирационный а нарушение перистальтики пищевода

2 Геморрагический б нарушение перистальтики желудка

3 Дисфагия в заброс содержимого в гортань

4 Загрудинные боли г ожог слизистой пищевода желудочным
соком

д кровотечение из расширенных вен

пищевода и желудка

е эрозии на слизистой пищевода

ж стеноз пищевода

Укажите все правильные ответы

425. ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ

а френоперикардальная

б передние

в пищеводного отверстия

г задние ложные

д истинные

Укажите правильный ответ

**426. ВРОЖДЕННЫЕ СТЕНОЗЫ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ НА
УРОВНЕ**

а первого физиологического сужения;

б кардиального отдела ;

в средней трети пищевода;

г нижней трети пищевода ;

д верхней трети пищевода .

427. НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ ОТМЕЧАЕТСЯ

а смещение средостения влево;

б расширение тени средостения;

в смещение средостения вправо;

г отсутствие газового пузыря желудка;

д высокое стояние левого купола диафрагмы.

Укажите все правильные ответы

428. ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

а дисфагия;

б регургитация;

в рецидивирующая пневмония;

г загрудинные боли

д рвота с желудочным содержимым.

429. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РЕЛАКСАЦИИ

КУПОЛА ДИАФРАГМЫ ЯВЛЯЮТСЯ

а низкое стояние купола диафрагмы на больной стороне

б парадоксальное движение диафрагмы на рентгеноскопии

в снижение прозрачности легочных полей

г смещение средостения в здоровую сторону

ВОПРОСЫ ДЛЯ КОМПЬЮТЕРНОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

ПО ТРАВМОТОЛОГИИ

Особенности травматологии. Повреждения костей конечностей.

Укажите правильный ответ

430. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕОБЛАДАЕТ ТРАВМАТИЗМ

а бытовой;

- б уличный;
- в школьный;
- г спортивный;
- д прочий.

431. В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПРЕОБЛАДАЕТ БЫТОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

- а повреждения;
- б ожоги;
- в инородные тела;
- г отравления;
- д огнестрельные повреждения.

Укажите все правильные ответы

432. К РОДОВОЙ ТРАВМЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ОТНОСИТСЯ

- а вывих бедра
- б ложный сустав ключицы
- в перелом ключицы
- г эпифизеолиз дистального отдела плечевой кости
- д эпифизеолиз дистального отдела бедренной кости
- е вывих плечевой кости

Укажите правильный ответ

433. РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

- 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.

434. РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПО

- а гематоме в области плечевого сустава;
- б крепитации отломков;
- в гемипарезе;
- г реакции на болевое ощущение при пеленании;
- д нарушении кровообращения.

435. РОДОВОЙ ПЕРЕЛОМ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ТРЕБУЕТ

- 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°).

Укажите все правильные ответы

436. ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕЛОМЫ

- а перелом коллеса
- б перелом смита
- в поднадкостничный перелом
- г апофизеолиз внутреннего надмыщелка плечевой кости
- д перелом беннета
- е перелом по типу зеленой веточки

437. ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХ МОНТЕДЖА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ДИАГНОСТИРУЮТ ИСПОЛЬЗУЯ

- а линию Смита
- б линию келлера
- в линию Омбредана
- г угол виберга

д линию гинзбурга

е ацетабулярный индекс

Укажите правильный ответ

438. ПОВРЕЖДЕНИЕ МОНТЕДЖА ЭТО

а вывих локтевой кости и перелом лучевой кости

б перелом обеих костей предплечья на разном уровне

в перелом только локтевой кости

г перелом локтевой кости и вывих лучевой кости

д перелом только лучевой кости

439. МЕТАЭПИФИЗЕОЛИЗ – ЭТО

а перелом в области метафиза

б перелом в области эпифиза

в перелом и метафиза с переходом на эпифиз

г перелом физиса

перелом метафиза с переходом на физис

440. ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

а интерпозиция мягких тканей

б отрыв внутреннего надмыщелка плечевой кости

в перелом локтевого отростка

441. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У РЕБЕНКА 2-Х ДНЕЙ ЖИЗНИ ПРИПУХЛОСТИ И БОЛЕЗНЕННОСТИ В ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА НУЖНО ДУМАТЬ О

а подвывихе головки лучевой кости

б остеомиелите плечевой кости

в эпифизеолизе дистального отдела плечевой кости

г сдавлении мягких тканей в процессе родов

442. ПОКАЗАНИЯМИ К ПРОВЕДЕНИЮ ОТКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДИАФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 9 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

а интерпозиция мягких тканей в области перелома

б не допустимое смещение костных отломков

в не правильно срастающийся перелом

443. ДЛЯ НАДЕЖНОЙ ФИКСАЦИИ СОПОСТАВЛЕННЫХ ОТЛОМКОВ ПОСЛЕ ЗАКРЫТОЙ РЕПОЗИЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

а циркулярная гипсовая повязка с фиксацией ближайшего сустава

б гипсовая лонгета с фиксацией двух близлежащих суставов

444. ПРИ НАРАСТАНИИ ОТЕКА В МЕСТЕ ПЕРЕЛОМА НА 2-Е СУТКИ ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ НЕОБХОДИМО

а разрезать бинт и разжать гипс

б разрезать бинт и снять гипс

в понаблюдать

Укажите все правильные ответы

445. ТОЛЬКО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

а поднадкостничный перелом

б апофизеолиз

в вывих головки бедренной кости

г подвывих головки лучевой кости

д эпифизеолиз и остеэпифизеолиз

е перелом шейки бедренной кости

446 ДЛЯ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО ПЕРЕЛОМА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

а боль

б патологическая подвижность

в крепитация

г потеря функции

д деформация

е отек мягких тканей

447. ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПЕРЕЛОМЫ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНЫ ПРИ

а врожденной ломкости костей

б остеомиелите

в остеонид остеоиде

г остеобластокластоме

д корковом дефекте

е рахите и цинге

448 КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРЕЛОМА ЯВЛЯЮТСЯ

а нарушение функции

б выраженность сосудистого рисунка

в патологическая подвижность

г флюктуация

д локальная боль

е деформация

ж крепитация

**449. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ "СВЕЖИХ" ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ
КОНЕЧНОСТИ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ**

а гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов

б гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава

в циркулярную гипсовую повязку

г липкопластырное или скелетное вытяжение

д шину Томаса

е торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмен-Громову

**450. ДЛЯ ПОДВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
ХАРАКТЕРНЫ**

- а патологическая подвижность
- б крепитация
- в резко болезненное ротационное движение предплечья
- г отсутствие движения в локтевом суставе
- д ограничение движения в локтевом суставе
- е деформация локтевого сустава
- ж в анамнезе-тракция за руку

**451. ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ КОСТЕЙ,
ОБРАЗУЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ**

- а ишемическая контрактура Фолькмана
- б варусная или вальгусная деформация
- в деформация типа Маделунга
- г контрактура локтевого сустава
- д парез периферических нервов
- е контрактура Дюпюитрена
- ж псевдоартроз

з анкилоз

Укажите правильный ответ

452. ЧАЩЕ 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

453. ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ У РЕБЕНКА ДО 1 ГОДА ЛЕЧИТСЯ

- а повязка Дезо;

б торакобрахиальная повязка;

в шино-гипсовая 8-образная повязка;

г костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому – Карпенко;

д фиксация не требуется.

454. КОНТРОЛЬНЫЙ РЕНТГЕНОВСКИЙ СНИМОК В ГИПСЕ ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

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.

455. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ПОЗВОНКОВ У ДЕТЕЙ ВСТРЕЧАЕТСЯ В

а шейном отделе;

б верхне-грудном отделе;

в средне-грудном отделе;

г ниже-грудном отделе;

д поясничном отделе.

456. ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОМ КОМПРЕССИОННОМ ПЕРЕЛОМЕ ПОЗВОНОЧНИКА В СРЕДНЕГРУДНОМ ОТДЕЛЕ В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ НАБЛЮДАЕТСЯ

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.

457. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМ ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ

а вытяжение, ЛФК, массаж

б с помощью корсетов

в оперативное лечение

г одномоментную реклиацию + корсет

д не требует лечения

458. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЮТ

а черепно-мозговая травма;

б черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей;

в повреждения позвоночника и таза;

г повреждения таза и верхних конечностей;

д повреждения верхних и нижних конечностей.

459. ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

а падение с высоты и огнестрельные ранения;

б автотравма и падение с высоты;

в синдром опасного обращения с детьми;

г огнестрельные ранения;

д рельсовая травма.

Укажите все правильные ответы

460. КОМПРЕССИОННЫЙ ПЕРЕЛОМ ТЕЛ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ

а симптом Тренделенбурга

б посттравматический апноэ

в болью и ограничением движений в области поврежденных позвонков

г иррадиирующими опоясывающими болями

д сколиотической деформацией позвоночника

е наличием мышечного валика в области травмы

ж положительным симптомом Кернига

з положительным френикус-симптомом

461. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИМЕНЯЮТ

а повязку Дезо

б липкопластырное вытяжение по Шеде

в интрамедуллярный остеосинтез

г повязку по Креде-Кеферу

д липкопластырное вытяжение на функциональной шине

е закрытую репозицию с фиксацией в гипсовой лонгете

ж открытую репозицию

Черепно-мозговая травма.

462. МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

а незрелость ЦНС

б узкие ликвороносные полости

в открытые межкостные швы и большой родничок

г широкие ликвороносные полости

д относительно большой пропорциональный размер головы

463. ПРИЧИНЫ ПРЕОБЛАДАНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В СТРУКТУРЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

а бытовая травма

б уличная травма

в падение с небольшой высоты

г автодорожная травма

д отсутствие профилактики травматизма

Укажите правильный ответ

464. БАЗОВЫЕ ОТЛИЧИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ УШИБА И СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА

- а менингеальная симптоматика
- б стволовая симптоматика
- в очаговая (локальная) симптоматика
- г нарушение сознания
- д общемозговая симптоматика

Укажите все правильные ответы

465. ПОКАЗАНИЯ К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

- а стабильная неврологическая симптоматика
- б нарастание размеров внутричерепной гематомы
- в возможность динамических нейровизуальных методов исследования
- г эпидуральная гематома до 30 куб.мл.
- д сохраняющаяся потер сознания

466. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГБО В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЗИДУАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЧМТ

- а повышение содержания кислорода растворенного в плазме крови
- б профилактика внутричерепных кровотечений
- в снижение риска вторичного гипоксического повреждения вещества мозга
- г сокращение сроков ретроградной амнезии
- д уменьшение экстракраниальных проявлений травмы черепа

467. ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ

- а ретроградная амнезия
- б потеря сознания
- в головная боль
- г рвота
- д гемипарез или гемиплегия

е анизокария

468. ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ

а ретроградная амнезия

б потеря сознания

в головная боль

г рвота

д гемипарез или гемиплегия

е очаговая неврологическая симптоматика

ж брадикардия или тахикардия

469. ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ

а экстракраниальная гематома

б кровотечение по задней стенке глотки

в симптом "очков"

г анизокария

д наличие "светлого промежутка"

е гемипарез

ж судороги

470. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

а экстракраниальная гематома

б кровотечение по задней стенке глотки

в симптом "очков"

г анизокария

д нозальная ликворея

е ликворея и кровотечение из слухового хода

ж наличие "светлого промежутка"

з гемипарез

**471. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ
ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТМЕЧАЕТСЯ**

- а выбухание большого родничка
- б экстракраниальная гематома
- в нозальная ликворея
- г боль при пальпации области повреждения
- д вдавление по типу "целлулоидного мячика"
- е оскольчатый вдавленный перелом
- ж перелом костей свода черепа по типу трещин

**472. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ
ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- а эхоэнцефалография
- б люмбальная пункция
- в спирометрия
- г ангиография
- д офтальмоскопия
- е радиоизотопное исследование
- ж компьютерная томография, ЯМР

473. ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО

- а наблюдение и лечение амбулаторное
- б антибактериальная терапия
- в постельный режим
- г дегидротация, седативная и витаминотерапия
- д санация ликвора люмбальной пункцией
- е гипербарическая оксигенация
- ж гемостатическая терапия

Ожоги и отморожения.

Установить правильную последовательность

**474. В ТЕЧЕНИИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ РАЗЛИЧАЮТ
СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ**

/1 / острая токсемия

/2 / септикопиемия

/3 / ожоговый шок

/ 4/ реконвалесценция

Укажите все правильные ответы

475. ДЛЯ ОЖОГА ПЕРВОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

а гиперемия кожи в области поражений

б образование пузырей с серозной жидкостью

в выраженная болезненность

г отечность

д потеря функции

е коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы

476. ДЛЯ ОЖОГА ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

а гиперемия кожи в области поражений

б выраженная болезненность

в отечность

г потеря функции

д коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы

е явления ожогового шока

ж поражение фасций, сухожилий и мышц

477. ДЛЯ ОЖОГА ЧЕТВЕРТОЙ СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНО

а выраженная болезненность

б отечность

в потеря функции

г коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы

д явления ожогового шока

е поражение фасций, сухожилий и мышц

ж обугливание тканей

478. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛОЩАДИ ОЖОГА У ДЕТЕЙ

ПРИМЕНЯЮТСЯ ТАБЛИЦЫ И СХЕМЫ

а Ланда и Броудера

б Постникова

в Уоллеса (правило "девяток")

г Беркоу

д Вейденфельда

е Вилявина

479. ПРИ ГЛУБОКИХ СТЕПЕНЯХ ОТМОРОЖЕНИЯ КОНЕЧНОСТИ

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

а растирании снегом, шерстью

б погружении в теплую воду

в наложении термоизолирующей повязки

г введении сосудорасширяющих средств

д футлярной новокаиновой блокаде

е после растирания наложение масляно-бальзамической повязки

Травма внутренних органов.

480. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

а укорочение перкуторного звука в отлогих местах

б выраженные симптомы раздражения брюшины

в симптом "Ваньки - встаньки"

г наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически

д отсутствие перистальтики

е симптом исчезновения печеночной тупости

481. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

а "Френикус"- симптом

б сильные опоясывающие боли

в укорочение перкуторного звука в левой половине живота

г слабый симптом Щеткина-Блюмберга

д лейкоцитоз

е снижение артериального давления

482. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

а ангиографию

б лапароцентез или лапароскопию

в УЗИ

г Пневмоперитонеум

д измерение артериального давления

е обзорную рентгенографию брюшной полости

ж пневмоирригографию

483. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

а явления посттравматического шока

б положительный фриникус симптом

в болезненность и слабopоложительный симптом

Щеткина-Блюмберга в правом подреберье

г свободный газ в брюшной полости

д Укорочение перкуторного звука в правом боковом канале

е положительный симптом Пастернацкого

Укажите правильный ответ

484. ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ЧАЩЕ ПОВРЕЖДАЮТСЯ

а печень, селезенка;

б тонкая кишка;

в толстая кишка;

г мочевоy пузырь;

д почки.

Тестовые задания по ортопедии

Врожденная и приобретенная кривошея.

Укажите все правильные ответы

485. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ВРОЖДЕННОЙ

МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ПРОВОДЯТ С

а добавочным шейным ребром

б синдромом Шерешевского-Тернера

в болезнь Грезеля

г родовой черепно мозговой травмы

д добавочным клиновидным шейным позвонком

е болезнь Шейермана-May

ж болезнью Клиппель-Фейля

486. ДЛЯ КЛИНИКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ

ХАРАКТЕРНО

- а веретенообразное утолщение средней или нижней трети кивательной мышцы
- б спастический паралич шейных мышц
- в отставание в росте одной из кивательных мышц
- г гипоплазия лицевого скелета
- д высокое стояние надплечий, лопаток, сколиоз
- е появление припухлости после резкого поворота головы

487. ПРИЧИНОЙ ВРОЖДЕННОЙ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

- а изменение в кивательной мышце
- б клиновидные шейные позвонки
- в острый, хронический миозит
- г сращение шейных позвонков
- д шейные ребра
- е вывих и перелом шейных позвонков
- ж обширные рубцы кожи

488. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ НЕОБХОДИМО

- а консервативное лечение с 2-х недель жизни
- б оперативное лечение после года
- в ЛФК
- г массаж
- д вытяжение на петле Глиссона
- е ватно-гипсовый воротник

489. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ РОДИТЕЛЯМ НЕОБХОДИМО РЕКОМЕНДОВАТЬ

- а корригирующую гимнастику области шеи
- б массаж мышц шеи

в положение в постели - больной стороной к стене

г подвешивание игрушек в кровать с больной стороны

д консервативное лечение с 2-х недель жизни

Укажите правильный ответ

490. 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.

491. Название болезни Гризеля носит:

а остеохондропатия апофиза пяточной кости

б остеохондропатия апофизов позвонков

в "маршевый" перелом костей стопы

г подвывих I шейного позвонка на фоне воспаления лимфоузлов шеи

д порок развития сухожилий сгибателей кисти

492. 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

493. 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

494. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:

а с момента постановки диагноза;

б в 2-недельном возрасте;

в 2-5 месяцев;

г 0.5-1 год;

д после 1 года.

Пороки развития верхней конечности

Укажите все правильные ответы

495. ФОРМЫ СИНДАКТИЛИИ У ДЕТЕЙ

а костная

б олигодактилия

в кожная

г фаланговая

д перепончатая

е суставная

ж диафизарная

Дополнить

496. СРАЩЕНИЯ ПАЛЬЦЕВ НОСИТ НАЗВАНИЕ

497 УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ПАЛЬЦЕВ НОСИТ НАЗВАНИЕ_____

Укажите правильные ответы

498. У ДЕТЕЙ С ПОЛИДАКТИЛИЕЙ НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧАТЬ

а синдромальные формы заболевания

б врожденный порок сердца

в гипогликемию

г анемию

д тубулопатию

е врожденную гидроцефалию

499. Какие симптомы являются клиническими признаками ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА у ребенка в первые дни жизни

А ограничение разведения в тазобедренных суставах

б симптом Щеткина-Блюмберга

В симптом «щелчка»

г симптом Тренделенбурга

Укажите правильный ответ

500. Какой рентгенологической схемой необходимо пользоваться для диагностики врожденного вывиха бедра при появлении ядра окостенения головок бедренных костей

А схема Рейнберга

б схема Хильгенрейнера-Эрлахера

Укажите все правильные ответы

501. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

а смещение головки бедра выше линии Келлера

и кнаружи от линии Омбредана

б увеличение ацетабулярного индекса

в уменьшение ацетабулярного индекса

г отицательный угол Виберга

д искривление дуги Шентона

е непрерывная дуга Кальве

ж головка бедра проецируется на крыло подвздошной кости

Укажите правильный ответ

502. Какие показатели углов α и β являются нормальными при проведении УЗИ тазобедренных суставов для ребенка 2 месяцев жизни

а $\alpha=63^\circ$ $\beta=52^\circ$

б $\alpha=55^\circ$ $\beta=65^\circ$

в $\alpha=52^\circ$ $\beta=63^\circ$

г $\alpha=43^\circ$ $\beta=71^\circ$

Укажите все правильные ответы

503. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать врожденный вывих бедренной кости?

А врожденная соха vara

б болезнь Легг-Кальве-Пертеса

В патологический вывих бедренной кости

г аддукторный спазм

Укажите правильный ответ

504. Наиболее характерным 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.

505. 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.

Укажите все правильные ответы

**506. ДИСПЛАЗИЮ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ НЕОБХОДИМО
ЛЕЧИТЬ**

- а массажем
- б широким пеленанием
- в шиной распоркой
- г облегченной гипсовой повязкой

**507. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА
В ВОЗРАСТЕ 1 МЕСЯЦА**

- а физиолечение
- б массаж
- в широкое пеленание
- г шины распорки
- д облегченная гипсовая повязка
- е одномоментное вправление под наркозом

**508. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА
В ВОЗРАСТЕ С 6 МЕСЯЦЕВ**

- а физиолечение
- б ЛФК
- в массаж
- г широкое пеленание
- д шины распорки
- е облегченная гипсовая повязка
- ж одномоментное вправление под наркозом

**509. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА
В ВОЗРАСТЕ 1-2 ЛЕТ**

а физиолечение

б ЛФК

в массаж

г оперативное

д шины распорки

е облегченная гипсовая повязка

ж одномоментное вправление под наркозом

510. ДЛЯ КЛИНИКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

а соскальзывания

б ограничения отведения бедер

в ассиметрия кожных складок

г относительного укорочения конечности

д хромота

е абсолютного укорочения конечности

з положительный с-м Дюшена-Тренделенбуга

511 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

а смещение головки бедра выше линии Келлера

и кнаружи от линии Омбредана

б шейно-диафизарный угол $< 100^\circ$

в увеличение ацетабулярного индекса

г уменьшение ацетабулярного индекса

д отрицательный угол Виберга

е искривление дуги Шентона

Укажите правильный ответ

512 . ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ

а ультразвуковой

б рентгенологический

в клинический

Нарушение осанки. Сколиоз.

Укажите правильные ответы

513 ДЛЯ СКОЛИОЗА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРНЫ

а деформация грудной клетки

б ассиметрия стояния надплечий

в появление умеренных болей на ограниченном участке спины

г вынужденное положение головы

д равномерное искривление нижнегрудного и

поясничного отдела позвоночника кзади

е реберный горб

ж в положении лежа можно просунуть кисть под

поясницей ребенка

з ассиметрия треугольников талии

Установить соответствие

514. ИСКРИВЛЕНИЕ ПОЗВОНОЧНИКА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

ЗАБОЛЕВАНИЕ ВИД ИСКРИВЛЕНИЯ

1 Сколиоз а фронтально, горизонтально, сагиттальное

2.Кифоз искривление позвоночника

3. Идиопатический сколиоз б фронтальное искривление

в сагиттальное искривление

Дополнить

515. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И СКОЛИОЗА ПОКАЗАНА-----

Укажите все правильные ответы

516. В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У РЕБЕНКА ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА НЕОБХОДИМО ИСКЛЮЧИТЬ

а синдром Эллерса-Данлоса

б рахит

в статический сколиоз

г синдром Клиппель-Фейля

д аномалии тел позвонков

е болезнь Шпренгеля

Укажите правильный ответ

517. ПРОГРЕССИРОВАНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ ДЕФОРМАЦИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО В ВОЗРАСТЕ

а 7-9 лет

б пубертатном периоде

в 16-18 лет

Укажите все правильные ответы

518. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ И СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ ВКЛЮЧАЮТСЯ

а ЛФК

б массаж

в плавание кролем и на спине

г ношение корсета

д иглотерапия

Укажите правильный ответ

519. Тотальный кифоз может рассматриваться физиологическим:

а у новорожденных 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.

Косолапость. Плоскостопие

520 К ТИПИЧНЫМ ФОРМАМ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- а варусная контрактура Остена-Сакена
- б амниотическая косолапость
- в деформация стоп на почве артрогрипоза
- г мягкоткано-связочная
- д деформация стоп на почве дефектов костей

Укажите все правильные ответы

521. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а супинация стопы
- б пронация стопы
- в эквинус
- г аддукция
- д абдукция

Укажите правильный ответ

522. ВРОЖДЕННУЮ КОСОЛАПОСТЬ НАЧИНАЮТ ЛЕЧИТЬ В ВОЗРАСТЕ

- а с 14 дней
- б с 6 месяцев
- в с 1 года

523. ЛЕЧЕНИЕ ГИПСОВЫМИ ПОВЯЗКАМИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ

КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИСТЯ С ВОЗРАСТА

а 1 года

б 14 дней

в 2 лет

Укажите все правильные ответы

**524. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ ПРИМЕНЯЮТСЯ
КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ**

а лигаментокапсулотомия по Штурму

б редрессирующее пеленание

в бинтование конечности по Финку-Эттингеру

г гипсовые повязки

д химиотерапия

**525. ВРОЖДЕННУЮ КОСОЛАПОСТЬ НЕОБХОДИМО
ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

а артрогрипозом

б укорочением нижней конечности

в пяточной стопой

г паралитической конской стопой

д болезнью Литтля

Укажите правильный ответ

**526. РЕБЕНКА, ВЫЛЕЧЕННОГО ОТ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ
НЕОБХОДИМО НАБЛЮДАТЬ В КАТАМНЕЗЕ**

а 3 месяца

б 6 месяца

в 1 год

г 14 лет

Укажите все правильные ответы

527 ОСЛОЖНЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ

а ребенок поздно начинает ходить, походка с опорой

только на наружный край стопы

б контрактура и деформация коленного и тазобедренного суставов

в парез и паралич нижней конечности

г ограничение движений в голеностопном суставе

д уменьшение косолапости с возрастом

е наличие гипотрофии мышц голени

ж боли и утомляемость при ходьбе

Укажите правильный ответ

528. ДИАГНОЗ ПЛОСКОСТОПИЯ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ С

а года

б 3-х лет

в 5-и лет

г 7-и лет

д 14 лет

Укажите все правильные ответы

529. С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ПЛОСКОСТОПИЯ У РЕБЕНКА С 1 ГОДА ПОКАЗАНО

а ходить босиком

б обувь с высоким жестким задником

в использовать ходунки

г массаж

д ЛФК

е ходить в мягкой обуви

Остеохондропатия.

530. КЛСССИФИКАЦИЯ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ ВКЛЮЧАЕТ

- а Остеохондропатии апофизов
- б Остеохондропатии диафизов трубчатых костей
- в Остеохондропатии эпифизов
- г Остеохондропатии костей черепа
- д Остеохондропатии губчатых костей
- е Рассекающие остеохондриты

531. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ВКЛЮЧАЮТ

- а Хромоту
- б Боль в области тазобедренного сустава
- в Боль в области нижней трети бедра и коленного сустава
- г Локальную гипертермию
- д Ограничение движений в тазобедренном ставе

Укажите правильный ответ

532. Патогенез остеохондропатий

- а Ангиопатия
- б Посттравматический остеонекроз
- в Воспалительные процесс
- г Идиопатический остеонекроз
- д Ревматоидный коксит

Укажите все правильные ответы

533. Рентгенологические признаки болезни Пертеса

- а Расширение суставной щели
- б Склерозирование эпифиза
- в Дисплазия вертлужной впадины
- г Фрагментация эпифиза

д Уменьшение высоты эпифиза

е Подвывих головки бедренной кости

534. Дифференциальный диагноз болезни Пертеса необходимо проводить с :

а Реактивным артритом

б Ревматоидным артритом

в Юношеским эпифизеолизом головки бедренной кости

г Посттравматическим кокситом

д Врожденным вывихом бедра

535. КОСТНЫЕ КИСТЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТ НА

а хрящевые

б солитарные

в смешанные

г аневризмальные

д сосудистые

536. ЛЕЧЕНИЕ КОСТНЫХ КИСТ

а оперативное

б лучевая терапия

в химиотерапия

г пункционное лечение

537. ДИАГНОЗ КОСТНОЙ КИСТЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

а при патологическом переломе

б при ночных болях

в как случайная рентгенологическая находка

г при клиническом осмотре

д по клиническому анализу крови

538. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КОСТНОЙ КИСТЫ

ХАРАКТЕРНЫ

а расширение поперечника кости в зоне поражения

б сужение поперечника кости

в истончение кортикального слоя кости

г расширение кортикального слоя кости

д наличие зоны просветления с ядром

е сужение костно-мозгового канала

539. ДИАГНОЗ ОСТЕОИДОСТЕОМЫ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

а при патологическом переломе

б при ночных болях

в на основании рентгенологического обследования

г при клиническом осмотре

д по клиническому анализу крови

е по компьютерной томографии

540 ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТЕОИДОСТЕОМЫ

ХАРАКТЕРНЫ

а расширение поперечника кости в зоне поражения

б сужение поперечника кости

в истончение кортикального слоя кости

г расширение кортикального слоя кости

д наличие зоны просветления с ядром

е сужение костно-мозгового канала

Укажите правильный ответ

541. ПОНЯТИЕ ОСТЕОМА - ЭТО

а порок развития, связанный с нарушением процесса оссификации;

б доброкачественная первичная опухоль, продуцирующая костную ткань;

в злокачественная, быстро прогрессирующая опухоль;

г порок развития костной ткани;

д атипично протекающий воспалительный процесс в костной ткани.

542. Наиболее типичными клиническими проявлениями остеомы является:

а плотное неподвижное образование, растет в любом направлении.

б протекает бессимптомно, выявляется случайно;

в ухудшение общего самочувствия, резкие боли

г располагается вблизи ростковых зон, растет в направлении диафиза;

д укорочение конечности, боли при физической нагрузке.

543. "Остеоид-остеома" - это:

а доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения;

б злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения;

в остро протекающий воспалительный процесс;

г нарушение процесса оссификации кости;

д атипичная форма остеомиелита.

544. К наиболее характерным симптомам остеоид-остеомы относится:

а ноющие ночные боли

б укорочение конечности, боли при длительной физической нагрузке;

в контрактура, боль только при движении;

г протекает бессимптомно, выявляется случайно

д резкие пульсирующие боли, отек больной конечности.

545. Рентгенологическая картина при остеоид-остеоме включает следующие признаки:

а гнездо с крошечным "секвестром", окруженное зоной склероза, утолщением кости в месте патологического очага;

б 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.

546. Основной метод лечения остеоид-остеомы:

а хирургический;

б наблюдение, самоизлечение в пубертатном периоде

в лучевая терапия;

г химиотерапия и оперативное лечение;

д рентгенотерапия.

547. Наиболее частая локализация остеоид-остеомы:

а бедренная, большеберцовая, плечевая кости;

б позвоночник, кости стопы;

в малоберцовая кость, кость таза;

г лопатка, кости кисти;

д кости черепа.

548. Причиной паховой грыжи у ребенка является:

а. Слабость передней стенки пахового канала

б. Расширение наружного кольца пахового канала

в. Незаращение вагинального отростка брюшины

г. Высокое внутрибрюшное давление

д. Дефект внутреннего кольца пахового канала

549. Дериватом тестостерона является:

а. Эстрадиол

б. Дегидротестостерон

в. Андростерон

г. Гидрокортизон

д. Тироксин

550 Клетки Лейдига находятся В:

- а. гипофизе
- б. яичке
- в. маточных трубах
- г. яичнике
- д. эпидидимисе

551. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

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

552. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить С:

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

553. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:

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

554. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

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

555. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается К:

- а 28-32-й неделям внутриутробной жизни;
- б рождению;
- в 1-му году;
- г 2-3-м годам;
- д сразу после рождения.

556. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:

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

557. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

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

558. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:

- а расширение пупочного кольца;

б в покое легко вправляется;

в частое ущемление;

г в покое трудно вправляется;

д выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

559. У ребенка одного года с пупочной грыжей рекомендуется.

а экстренное оперативное вмешательство;

б операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;

в наблюдение в динамике, ЛФК

г массаж живота, профилактику запоров;

д стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

600. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

а по установлении диагноза;

б до 1 года;

в до 2 лет;

г после 3 лет;

д в 4-5 лет.

601. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

а наличие апоневротического дефекта по средней линии;

б приступообразные боли в животе;

в тошнота и рвота;

г диспептические явления;

д гиперемия и припухлость.

602. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:

а установление диагноза;

б болевой симптом;

в косметический дефект;

г сопутствующие диспептические явления;

д отставание в физическом развитии.

603. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

а до 1 года;

б 1-3 года;

в после 3 лет;

г старше 5 лет;

д после 10 лет.

604 ПАХОВАЯ ГРЫЖА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ СВЯЗАНА С

а необлитерированным вагинальным отростком брюшины

б гиперпродукцией водяночной жидкости

в нарушении лимфооттока

г слабостью передней брюшной стенки

д повышенной физической нагрузкой

Указать соответствие

605 ЗАБОЛЕВАНИЕ У РЕБЕНКА ТАКТИКА

8 МЕСЯЦЕВ

1 Неосложненная пахово- а консервативная, массаж

мошоночная грыжа б операция в 1 год

2 Сообщающаяся водянка в операция после 2 лет

оболочек яичка г экстренная операция

3 Пупочная грыжа д пункция

4 Напряженная водянка, е бандаж

оболочек яичка ж операция после 6 мес

5. Левосторонний крипторхизм

Укажите все правильные ответы

606 НЕОСЛОЖНЕННАЯ ПАХОВО-МОШОНОЧНАЯ ГРЫЖА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а урчанием при вправлении
- б безболезненное невправимое в брюшную полость образование
- в диафаноскопия, симптом просвечивания
- г наружное паховое кольцо расширено
- д симптом "кашлевого" толка положителен

607 НЕОСЛОЖНЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- а урчанием при вправлении
- б образование не вправляется
- в диафаноскопия, симптом просвечивания
- г наружное паховое кольцо расширено
- д симптом "кашлевого" толка положителен

**608 ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ
УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕЙ И ОСТРО ВОЗНИКШЕЙ
КИСТОЙ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ПОКАЗАНЫ**

- а диафаноскопия
- б бимануальная пальпация области
внутреннего пахового кольца
- в обзорный снимок брюшной полости
- г пальпация наружного пахового кольца
- д УЗИ

**609 ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ У ДЕТЕЙ
ЭКСТРЕННАЯ ОПЕРАЦИЯ ПОКАЗАНА**

а во всех случаях

б у девочек во всех случаях

в у мальчиков если консервативно не вправляется в первые часы

г при давности ущемления более 12 часов

д если давность не установлена

Дополнить

610 ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____

Гипоспадия.

Укажите правильный ответ

611. Гипоспадия – это:

а. Искривление полового члена

б. порок развития уретры

в. Аномальное расположение меатуса

г. Расщепление крайней плоти

д. Сочетание всех признаков

612. СРОЧНОГО лечения при гипоспадии требует УСТРАНЕНИЕ

а. Искривление полового члена

б. Меатостеноз

в. Аномальное расположение меатуса

г. Расщепление крайней плоти

д. Сочетание всех признаков

Укажите все правильные ответы

613 МЕСТНЫЙ СТАТУС ПРИ ГОЛОВЧАТОЙ ГИПОСПАДИИ

а искривление полового члена

б мочеиспускание по мужскому типу

в наличие рудиментарного влагалища

г меатальный стеноз, часто

д недержание мочи

614 МЕСТНЫЙ СТАТУС ПРИ СТОЛОВОЙ ГИПОСПАДИИ

а искривление полового члена

б мочеиспускание по мужскому типу

в наличие рудиментарного влагалища

г меатальный стеноз

д нормальное расположение меатуса

е недержание мочи

615 МЕСТНЫЙ СТАТУС ПРИ МОШОНОЧНОЙ ГИПОСПАДИИ

а искривление полового члена

б наличие рудиментарного влагалища

в меатальный стеноз

г нормальное расположение меатуса

д недержание мочи

е мочеиспускание по женскому типу

616 МЕСТНЫЙ СТАТУС ПРИ ТИПА ХОРДЫ ГИПОСПАДИИ

а искривление полового члена

б мочеиспускание по мужскому типу

в наличие рудиментарного влагалища

г меатальный стеноз, часто

д нормальное расположение меатуса

е недержание мочи

ж мочеиспускание по женскому типу

617 ФОРМЫ ЭПИСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ

а субсимфизарная

б эписпадия головки

в эписпадия полового члена

г клиторная

д полная

618 ФОРМЫ ЭПИСПАДИИ У ДЕВОЧЕК

а субсимфизарная

б эписпадия головки

в эписпадия полового члена

г клиторная

д полная

Укажите правильный ответ

619. Оптимальным возрастом для уретропластики по поводу дистальной гипоспадии является :

а новорожденные и грудные дети;

б 6 мес. - 1 год ;

в 1-2 года ;

г 5-6 лет ;

д 7-10 лет.

620. Оптимальным возрастом для уретропластики при проксимальной гипоспадии (с грубой деформацией кавернозных тел) является :

а 1-2 год;

б 6-7 лет ;

в 0-6 мес. ;

г 12-14 лет;

д 13-15 лет .

621. Оптимальным сроком ЛЕЧЕНИЯ МЕАТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРИ ГИПОСПАДИИ является:

- а 1-2 года;
- б 3-5 лет ;
- в 6-8 лет ;
- г по установлении диагноза;
- д в пубертатном периоде .

Крипторхизм.

Установить соответствие

622 ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАТОЛОГИЯ ПОЛОЖЕНИЯ ЯИЧКА

- 1 крипторхизм истинный а отклонение от пути следования
- 2 крипторхизм ложный б задержка на пути следования
- 3 эктопия яичка в смещение из-за повышенного
- 4 монорхизм кремастерного рефлекса

г отсутствие с одной стороны

Укажите все правильные ответы

623 ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ КРИПТОРХИЗМЕ

- а паховая
- б лобковая
- в бедренная
- г промежностная
- д перекрестная
- е брюшная

624 ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ ЭКТОПИИ

- а паховая
- б лобковая
- в бедренная
- г промежностная

д перекрестная

е брюшная

Установить соответствие

625 ПАТОЛОГИЯ ТАКТИКА

1 анорхизм а заместительное гормонолечение

2 полиорхизм б удаление добавочного яичка

3 крипторхизм истинный в низведение яичка с 10 лет

4 эктопия г низведение яичка с 1 лет

5 крипторхизм ложный д не требует лечения

е оставление добавочного яичка

ж низведение яичка до 1 года

Укажите правильный ответ

626. Яички начинают вырабатывать андрогены:

а еще внутриутробно;

б на первом году жизни;

в в раннем детском возрасте;

г с началом полового созревания;

д в конце пубертатного периода.

627. несуществующая форма крипторхизма:

а пениальная

б бедренная

в промежностная

г перекрестная

д пупочная.

628. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

а период новорожденности;

б 6 мес - 1 год;

в 2-5 лет;

г 6-9 лет;

д начиная с 10 лет.

629. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать:

а с рождения;

б с полугода;

в с 2 лет;

г с 5 лет;

д с 12 лет.

630. Показанием для гормональной терапии является крипторхизм:

а в форме эктопии;

б двусторонняя форма

в ретенция яичка после пахового грыжесечения

г наступившая пубертатность;

д крипторхизм в сочетании с грыжей.

Синдром отечной мошонки.

631. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:

а подострое начало заболевания;

б темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;

в наличие выпота в оболочках яичка;

г пальпируется болезненное округлое образование на яичке;

д тяжелая интоксикация и лихорадка.

632. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:

а перекрут гидатиды яичка;

б перекрут яичка;

в орхоэпидидимит;

г флегмона Фурнье;

д травматический разрыв яичка .

633. Гиперемия, стекловидный отек тканей мошонки с безболезненность при пальпации характерны для:

а перекрут яичка

б аллергический отек мошонки;

в орхит

г некроз гидатиды яичка

д остро возникшая водянка оболочек яичка

Варикоцеле.

Укажите правильный ответ

634 ВАРИКОЦЕЛЕ У ДЕТЕЙ ВОЗНИКАЕТ

а до 3-х лет

б до 9-10 лет

в после 9-10 лет

Укажите все правильные ответы

635. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВАРИКОЦЕЛЕ ЯВЛЯЮТСЯ

а возможно тянущие боли в области мошонки

б “кинжальные” боли в области мошонки

в пучок расширенных вен в мошонке

г кистозное образование в мошонке

д солидное образование мошонки

е отсутствие жалоб

636. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВАРИКОЦЕЛЕ НЕОБХОДИМО

а регулярные профилактические осмотры

б эхдоплерография мошонки

в УЗИ забрюшинного пространства

г диафаноскопия мошонки

д КТ, МРТ

е пробу Абелева-Татаринова

Дополнить

637. НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЦЕЛЕ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ-----

Нейрогенный мочевой пузырь. Энурез.

Укажите все правильные ответы

638. Этиологическими факторами энуреза являются :

а порок развития органов мочевыделительной системы;

б слабость сфинктера мочевого пузыря;

в спинномозговая грыжа;

г нарушение корковой регуляции;

д новообразования мочевого пузыря.

639. Оценка резервуарной функции мочевого пузыря проводится с помощью:

а. регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий

б. цистоскопии

в. урофлоуметрии

г. ретроградной цистометрии

д. ЭМГ мышц промежности

Укажите правильный ответ

640. Оценка эвакуаторной функции мочевого пузыря проводится с помощью:

а. регистрации ритма спонтанных мочеиспусканий

б. цистоскопии

в. урофлоуметрии

г. ретроградной цистометрии

д. ЭМГ мышц промежности

Укажите все парильные ответы:

641. В план обследования ребенка с недержанием мочи входит:

а. R-снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника

б. ритм спонтанных мочеиспусканий

в. анализ мочи

г. радиоизотопная ренография

д. экскреторная урография

642. Базовые методы лечения ГАМП:

а. антидепрессанты

б. физиолечение

в. М-холинолитики

г. антидиуретический гормон

д. ноотропы

Укажите правильный ответ

643. При первичном моносимптомном энурезе базовым лечением является назначение:

а. оксибутинина

б. адиуретина

в. пикамилона

г. антидепрессантов

д. ноотропов

Укажите все правильные ответы

644. БОЛЬНОМУ С ЖАЛОБАМИ НА НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ

НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

а снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника

б экскреторную урографию

в регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий

г УЗИ почек

д цистографию

е общий анализ мочи

ж биохимический анализ мочи

Укажите правильный ответ

645. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ

У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ

а гиперрефлекторный адаптированный

б гипорефлекторный неадаптированный

в гиперрефлекторный неадаптированный

г гипорефлекторный адаптированный

Укажите все правильные ответы

646. ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ УРОДИНАМИКИ НИЖНИХ

МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

а урофлоуметрию

б экскреторную урографию

в цистографию

г цистометрию

Методы обследования в урологии.

Укажите правильный ответ

647. Какие методы обследования необходимо провести ребенку с лейкоцитурией на догоспитальном этапе?

а. Ультразвуковое исследование с доплерографией почечных сосудов

б. КТ

в. Цистоскопия

г. Цистография

д. Радиоизотопная ренография

Укажите все правильные ответы

648. Для оценки состояния верхних мочевых путей выполняются:

а. Микционная цистоуретрография

б. Радиоизотопная ренография

в. УЗИ + доплерография

г. Ангиография

д. Цистоскопия

649. Для оценки состояния нижних мочевых путей выполняются:

а. Микционная цистоуретрография

б. Радиоизотопная ренография

в. УЗИ + доплерография

г. Ангиография

д. Цистоскопия

650. Инфравезикальную обструкцию можно подтвердить с помощью:

а. УЗИ + доплерографии

б. Микционной цистоуретрографии

в. Калибровки уретры

г. Экскреторной урографии

д. Радиоизотопной ренографии

Укажите правильный ответ

651. Какой метод исследования называют: “три в одном”:

а. Цистоскопию

б. Урографию

в. КТ

г. Радиоизотопное исследование

д. Цистографию

Укажите все правильные ответы

652. ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

а УЗИ

б экскреторная урография

в урофлоуметрия

г цистография

д радиоизотопное исследование

е цистоскопия

653. ПРИ ЦИСТИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

а УЗИ

б экскреторная урография

в урофлоуметрия

г цистография

д радиоизотопное исследование

е цистоскопия

Дополнить

654 РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ НАЗЫВАЕТСЯ _____

Укажите все правильные ответы

655 ВЫПОЛНЕНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ

а биохимии мочи

б анализа мочи по Зимницкому

в биохимия крови

г посева мочи на стерильность

д радиоизотопного исследования

Укажите правильный ответ

656 В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПИЕЛОНЕФРИТ ОБЫЧНО

а обструктивный

б необструктивный

в гнойный

Укажите все правильные ответы

657 ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ

а лейкоцитурия

б бактериурия

в протеинурия

г расстройства мочеиспускания

658 ДЛЯ ЦИСТИТА ХАРАКТЕРНЫ

а Лейкоцитурия

б Бактериурия

в Протеинурия

г Растройства мочеиспускания

Укажите правильный ответ

659 В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

а антибактериальная терапия

б лечение уросептиками

в устранение обструктивного компонента

660 СНЯТЬ С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА БОЛЬНОГО С

ПИЕЛОНЕФРИТОМ МОЖНО ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ РЕМИССИИ

а 1 год

б 3 года

в 5 лет

Дополнить

661 ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ

ЦИСТИТА ЯВЛЯЕТСЯ _____

662 НАРУШЕНИЕ ОТТОКА МОЧИ ИЗ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

ЯВЛЯЕТСЯ РЕЗУЛЬТАТОМ _____ ОБСТРУКЦИИ

Укажите правильный ответ

663. Чаще 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.

664. 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.

Укажите все правильные ответы

665. Макрогематурию у детей может вызвать:

а мочекаменная болезнь;

б гидронефроз;

в острый гломерулонефрит ;

г опухоль почки ;

д парapelьвикальная киста почки.

Укажите правильный ответ

666. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

а нарушение мочеиспускания;

б снижение удельного веса мочи;

в болевой синдром;

г поллакиурия;

д энурез .

667. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

а пальпация;

б экскреторная урография;

в ультразвуковое сканирование ;

г радиоизотопное исследование ;

д ангиоренография .

668. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

а нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря ;

б гидронефроза;

в пороков уретры и ПМР;

г удвоения верхних мочевых путей;

д нефроптоза.

Укажите все правильные ответы

669. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

а остром пиелонефрите

- б травме почки;
- в почечной колике;
- г анурии;
- д макрогематурия

Пороки верхних мочевых путей.

Укажите правильный ответ

700.Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:

- а наличие кист в паренхиме обеих почек;
- б увеличение почек в размерах;
- в наличие кист с одной стороны;
- г деформация чашечно-лоханочного комплекса;

701.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.

702.Основной причиной гидронефроза считают:

- а наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;
- б нарушение сократительной способности лоханки;
- в рецидивирующий пиелонефрит;
- г истончение почечной паренхимы ;
- д снижение почечного кровотока.

Укажите все правильные ответы

703. Причины обструкции мочеточника при гидронефрозе:

- а аберрантный сосуд

б стеноз мочеточника в прилоханочном отделе

в стеноз в дистальном отделе мочеточника

г клапан мочеточника в области лоханочно-мочеточникового сегмента

д высокое отхождение мочеточника

704. Первичный пузырно-мочеточниковый рефлюкс вызван:

а коротким интрамуральным отделом мочеточника

б клапаном задней уретры

в детрузорно-сфинктерной диссенергией

г латеропозиция устья мочеточника

д наличие уретероцеле

705. Осложнения при пузырно-мочеточниковом рефлюксе:

а острый пиелонефрит

б нефроптоз

в нефрогенная артериальная гипертензия

г нефросклероз

д метастазирование

е хроническая почечная недостаточность

706. Причины инфравезикальной обструкции у детей:

а клапаны задней уретры у мальчиков

б меатостеноз у девочек

в клапаны задней уретры у девочек

г рубцовый фимоз

д детрузорно-сфинктерная диссенергия

707. Формы мегауретера:

а рефлюксирующий

б изолированный

в неретрофлексующий

г нетипичный

Укажите правильный ответ

708. МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ЭТО

а замещение участка почки многокамерной

кистой не сообщающейся с лоханкой

б одна почка замещена кистозными полостями полностью

в одиночное кистозное образование в паренхиме почки

г две почки замещены кистозными полостями

Укажите правильные ответы

709 ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА ХАРАКТЕРНЫ

а боль

б изменения в анализах мочи

в симптом пальпируемой опухоли

г гематурия

д дизурия

е повышение артериального давления

ж изменение биохимии крови

710 ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ

ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ

а ультразвуковое сканирование

б экскреторная урография

в цистография

г радионуклидное исследование

д КТ

е почечная ангиография

Укажите правильный ответ

711. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО ГИДРОНЕФРОЗА

У НОВорожденных является

а с-м пальпируемой опухоли

б пиурия

в протеинурия

г почечная недостаточность

д боль

712 ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ГИДРОНЕФРОЗ РЕБЕНКУ 7 ДНЕЙ ПОКАЗАНО

а УЗИ почек, мочеточников и мочевого пузыря

б внутривенная урография

в цистография

г ангиография

Укажите все правильные ответы

713 . Расширение лоханки почки при антенатальном УЗИ может быть признаком

а гидронефротической трансформации почки

б уретерогидронефроза

в мультикистозной трансформации почки

г пузырно-мочеточникового рефлюкса

д удвоения почки

Инфравезикальная обструкция.

Укажите все правильные ответы

714. клапан задней уретры достоверно устанавливается С ПОМОЩЬЮ

а инфузионной урографией

б исследованием с ЭОП на фоне экскреторной урографии;

в микционной цистоуретрографии;

г урофлоуметрии;

д цистометрии.

Укажите правильный ответ

715. К наиболее ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ПРИЧИНАМ ИНФРАВЕЗИКАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ОТНОСЯТСЯ

а гипертрофия семенного бугорка;

б клапан задней уретры

в полип уретры;

г меатостеноз

д склерозом шейки мочевого пузыря.

716. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен ПРИ

а при цистоскопии;

б при антеградной урографии;

в при микционной цистоуретрографии;

г при урофлоуметрии;

д при цистометрии.

717. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ РЕФЛЕКСИРУЮЩЕГО
МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

а незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника

б стеноз устья мочеточника

в пузырно-мочеточниковый рефлюкс

г несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника

д короткий интрамуральный отдел мочеточника

е дистопия устья мочеточника

718 ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕРЕФЛЮКСИРУЮЩЕГО
МЕГАУРЕТЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

а незрелость нервно-мышечных структур стенки мочеточника

б стеноз устья мочеточника

в пузырно-мочеточниковый рефлюкс

г несостоятельность клапанного механизма устья мочеточника

д короткий интрамуральный отдел мочеточника

е дистопия устья мочеточника

Ответы :

1 г,е. 2 б,д,е. 3 а,в,г,е. 4 б. 5 а,б,в,г,е. 6 а,б,д. 7 а,б,г,д,е. 8 а,в,д. 9 а,в,г,е.

10 б,в,д. 11 б,в,г,е. 12 а,в,е. 13 инфекционного токсикоза. 14 перинатальной гипоксии. 15 а,в,г. 16. 2,3,5,6,1,4. 17 а. 18б,в. 19 г. 20 д. 21 б,г. 22 б,г.

23 в. 24 г,д. 25 а,в. 26 д. 27д. 28 перфоративный. 29 а,б,в,е.

30 геморрагический инфаркт. 31 а,б,в,е. 32 а,б,г. 33 а,б,в,г,д. 34 а,б,в,г.

35 в. 36 а,в,д,е,ж. 37 в,г. 38 а. 39 б,г,д. 40 б,г,е. 41 а,б,в. 42 г. 43 а. 44 в. 45 а,б,в. 46 е. 47 б,е,ж. 48 а,д. 49 а,б,в,д,е. 50 б,в,г,е. 51 а,в,г. 52 в. 53 б,г. 54. 2,1,4,3. 55. 2,5,4,6,3,1. 56 б,в. 57 а,б. 58 а,б,г,д,е. 59 пороками почек.

60 УЗИ. 61. в. 62 1-ж, 2-а, 3-в, 4-г, 5-д, 6-з. 63 1-а, 2-в, 3-г, 4-д, 5-ж. 64 г.

65 а. 66 в. 67 г. 68 а. 69 а. 70 а. 71 а,в,г,д,ж. 72 в,г. 73 б. 74 г. 75 б,в,г.

76 а,в. 77 а,б,г. 78 а,в,г,д. 79 color. 80 1-б, 2-в, 3-а, 4-г, 5-д. 81 а.

82 б,в,д,е,ж. 83 а,в,г. 84 б,г. 85 б. 86 б,в,е,ж. 87 а,д. 88 а,г,д. 89 а,в,е,

90 д. 91 а,б,е,ж. 92 б,г. 93. 3,2,5,7,6,4,1. 94 а,б,д,е. 95 б,д. 96д. 97 а,в,г,д.

98 а,б,в,г,д. 99 в. 100 б,в. 101 в,г,д. 102 а,в,г,д. 103 в. 104 ж. 105 а,в,г.

106 патологический вывих. 107 г. 108 в. 109 б. 110 а. 111 в. 112 б,в. 113 б.

114 б. 115 а,в,г,д,ж. 116 1-в, 2-а, 3-б, 4-г, 5-д. 117 а,б,в,г. 118 а,в,е.

119 б,в,д. 120 а,б,в. 121 б,в,г,д,ж. 122 в,е. 123 а,б,г. 124 а,г. 125 а,в.

126 б,д. 127 а. 128 а,б,в,г,ж. 129 бронхоскопия. 130 б,г. 131 в. 132 б. 133 б.

134 г,д. 135 а. 136 б. 137 а,б,в. 138 в,г,д. 139 а,в,ж.

140 пневмоирригографию. 141 1-б, 2-в, 3-г. 142 а. 143 в,е. 144 а,б,г,д,ж.

145 1-ж, 2-е, 3-г, 4-б. 146 а,б,в. 147 б,г,е. 148 Гиршпрунга. 149 б,е.

150 а,б,д,е,ж. 151 а,б,в,г,д,е. 152 а,б,в,г. 153 а,б,в,д,е,ж,з. 154 е. 155 а,б,в.

156 в. 157 б. 158 а,б,в. 159 в. 160 а. 161 а. 162 в,д,е. 163 а. 164 б.
165 а,б,в,е. 166 в. 167 в. 168 в,д,е. 169 в,г. 170 а,б,в. 171 а,б,в. 172 а,в,д.
173 а. 174 б. 175 а,б,в,г. 176 а,б,в. 177 а,б,в,д. 178 а,в,г,д,е. 179 а,б,в,г,д,ж.
180 в. 181 1-б, 2-в, 3-а, 4-д. 182 б,г,д. 183 в. 184 а. 185 а,в,г,д. 186 б,д.
187 а,в,г,д,е,ж,з. 188 переломом. 189 в. 190 а,в,г,д,е,ж,з. 191 б,е,ж.
192 а,г,ж,з. 193 а,б,г,д,е. 194 а,б,в. 195 а,б,в,г. 196 б,д,е. 197 б,д. 198 г.
199 а,в. 200 в. 201 а,в,д. 202 а,б,в,г,е. 203 а,в,г,д,е,ж. 204 1-б, 2-а, 3-е, 4-г.
205 1-г, 2-б, 3-д, 4-а, 5-в. 206 а,б,е. 207 а,б,г,д. 208 а,д. 209 б,в. 210 в,г.
211 запоров. 212 б,в,г. 213 а. 214 а,в,д. 215 г. 216 б,в. 217 а,б,в.
218 б,в,г,д,е. 219 а,б,в,г,е. 220 а,г,д,ж. 221 а,б,в. 222 г. 223 а,б,д,е.
224 б,г,е. 225 д. 226 в,г,е. 227 б. 228 а. 229 а. 230 г. 231 а. 232 б. 233 б.
234 г. 235 а,б,д. 236 б,д. 237 а,г. 238 б. 239 а,б,в. 240 а. 241 а.
242 б,в,г,д,е,ж. 243 в,г. 244 в. 245 д. 246 в. 247 б. 248 в. 249 а. 250 а,б,в.
251 а,б. 252 а,б,в. 253 а, д. 254 б,в,г,д,е. 255 г,д. 256 а. 257 фенотип.
258 б. 259 врожденных пороков. 260 а,б,в. 261 а,б,в,г,д,е. 262 а,в,г,е.
263 в,д,е,и. 264. 2,1,3,5,4. 265 1-б, 2-г. 266 в,д,е. 267 е,ж. 268. 4,2,1,5,3.
269 б. 270 а,в,ж. 271 в. 272 а,б,в,г,д,е. 273 а,б,в,г,д,е. 274 б. 275 в.
276 а,б,в,г. 277 б,в,д,е. 278 б,г. 279 б,в,г,е. 280 Дантролен. 281 а,г,е.
282 б,в,д. 283 а,б,в,д,е. 284 а,д. 285 г. 286 в. 287 е. 288 б. 289 а,б,г,е.
290 б,г. 291 б,г. 292 а. 293 в. 294 б. 295 а,б,г. 296 а,в,г. 297 а,г,д,ж.
298 б,в,е. 299 в,д,ж. 300 б,г,д,ж. 301 а,в,е. 302 в,г,д,з. 303 а,в,г,д,е. 304 в.
305 а. 306 б. 307 а,б,в. 308 а,б. 309 а,в,д. 310 а,б,в,г. 311 а,в,г,е. 312 б,в.
313 в. 314 б,д,з. 315 а,г,ж. 316 в. 317 респираторный ацидоз.
318 метаболический ацидоз. 319 смешанный алкалоз. 320 метаболический
алкалоз. 321 респираторный алкалоз. 322 смешанный ацидоз. 323 в,д.
324 а,б. 325 а,б,в. 326 а,б. 327 а,б. 328 д,ж. 329 а,д,е. 330 а,в,д,е.
331 а,г,д. 332 а,б,в,е. 333 а,в,д. 334 а,в,е. 335 а,б,в,г,е,ж,з. 336 а,в,г,е.

337 а,б,в,г,е,ж. 338 а,д,ж,и. 339 в. 340 б. 341 б,г. 342 а,б,г. 343 б,в,г,д.
344 адреналин. 345 г. 346 г,д. 347 а,б,в. 348 а,б. 349 в. 350 а. 351 б.
352 а,б. 353 1-б, 2-в, 3-г. 354 а,в,г. 355 а,б,в,г,д,ж. 356 а,б,в,г. 357 б.
358 а,б,в,г,д,е. 359 а,в,г,д,ж. 360 б. 361 б,д,е. 362 а. 363 г. 364 а. 365 а,в,д.
366 б,в,г. 367 г. 368 б,в,г,д. 369 б. 370 в. 371 в. 372 г,д. 373 а,в,д. 374 б,г.
375 б. 376 а,д. 377 в. 378 а,б,в. 379 б,в,г. 380 а. 381 д. 382 а. 383 б,в,г.
384 в,г,е,ж. 385 б. 386 а. 387 а,б,в. 388 а,б,в. 389 б. 390 а. 391 а,б,г,д. 392 в.
393 б. 394 1-б, 2-а. 395 1-б, 2-а. 396 стафилококковой.
397 грамотрицательной. 398 рентгенография. 399. в,г. 400 а. 401 в. 402 б,в,е.
403 УЗИ. 404 г. 405 б. 406 промывании. 407. 2,5,3,4,6,1. 408 а. 409 третьей.
410 бужирование. 411 б,в,д,е. 412 года. 413 б,в,г. 414 б,в,г,д. 415 б,в,е. 416 б.
417 в,г,д. 418 а,г,ж. 419 а,г,д. 420 б,е,ж,з. 421 а,г. 422 в,г,е. 423 г.
424 1-в, 2-е, 3-а, 4-г. 425 в,г. 426 г. 427 г. 428 а,б. 429 б,г. 430 а. 431 а.
432 в,г,д. 433 в. 434 г. 435 г. 436 в,г,е. 437 а,д. 438 г. 439 д. 440 б. 441 в.
442 а. 443 б. 444 а. 445 а,б,г,д. 446 а,г,е. 447 а,б,г,е. 448 а,в,д, е,ж. 449 а,г,е.
450 в,д,ж. 451 а,б,г,д,ж,з. 452 а. 453 а. 454 в. 455 в. 456 в. 457 а. 458 б. 459 б.
460б,в,г,е. 461 а,б,г. 462 а,в,г. 463 в,д. 464 в. 465 а,в,г. 466 а,в. 467 а,б,в,г.
468 а,б,в,г,д,е,ж. 469 г,д,е,ж. 470 б,в,д,е. 471 б,г,д,ж. 472 а,б,д,ж. 473 в,г,е,ж.
474. 3,1,2,4. 475 а,в,г. 476 б,г,д,е. 477 а,в,д,е,ж. 478 а,в. 479 в,г. 480 б,г,д,е.
481 а,в,г,д,е. 482 а,б,в,д,е. 483 а,б,в,д. 484 а. 485 б,д,ж. 486 а,в,г,ж. 487 а,б,г.
488 а,б,г,е. 489 а,б,г,д. 490 в. 491 г. 492 б. 493 д. 494 а. 495 а,в,д. 496 синдактилия.
497 полидактилия. 498 а,б. 499 а,в. 500 а. 501 а,б,г,д,ж. 502 а.
503 а,в,г. 504 а. 505 а. 506 а,б. 507 а,б,г. 508 а,б,в,д,е. 509 а,б,в,г,е,ж.
510 а,б,в,г,д,з. 511 а,в,д,е. 512 б. 513 а,б,в,е,з. 514 1-б, 2-в, 3-а.
515 рентгенография. 516 а,б,г,д,е. 517 б. 518 а,б,в. 519 а. 520 г. 521 а,в,г.
522 а. 523 б. 524 в,г. 525 а,г,д. 526г. 527 а,г,е,ж. 528 в. 529 б,г,д. 530 а,в,д,е.
531 а,б,в,д. 532 г. 533 а,б,г,д,е. 534 а,б. 535 б,г. 536 а,г. 537 а,в. 538 а,в.

539 б,в,е. 540 а,г,д,е. 541 б. 542 а. 543 а. 544 а. 545 а. 546 а. 547 а. 548 в.

549 б. 550 б. 551 в. 552 б. 553 г. 554 а. 555 в. 556 в. 557 б. 558 в. 559 в. 600 д. 601 а. 602 б. 603 в. 604 а. 605 1-ж, 2-в, 3-а, 4-д, 5-б. 606 а,г,д. 607 б,в.

608 а,б,д. 609 б,в,д. 610 операция. 611 д. 612 б. 613 б,г. 614 а,б. 615 а,е.

616 а,б,г,д. 617 б,в,д. 618 а,г,д. 619 в. 620 а. 621 г. 622 1-б, 2-в, 3-а, 4-г.

623 а,е. 624 а,б,в,г,д. 625 1-а, 2-б, 3-г, 4-ж, 5-д. 626 а. 627 д. 628 б. 629 б. 630 б.

631 д. 632 а. 633 б. 634 в. 635 а,в,е. 636 а,б,в. 637 бесплодием. 638 а,б,в,г.

639а,г. 640 в. 641 а,б,в. 642 б,в. 643 б. 644 а,в,г,е. 645 в. 646 а,г. 647 а.

648 б,в,г. 649 а,д. 650 б,в. 651 в. 652 а,б,г,д. 653 а,е. 654 цистоуретрография.

655 а,б,в. 656 а. 657 а,б,в. 658 а,г. 659 в. 660 в. 661 цистоскопия. 662 инфравезикальной . 633 а. 664 а. 665 а,в,г. 666. в. 667 б. 668 в. 669 а,в,г.

700 а. 701 б. 702 а. 703 а,б,г,д. 704 а,г. 705 а,в,г,е. 706 а,б,г,д. 707 а,в. 708 б.

709 а,б,в. 710 а,б,г,д,е. 711 а. 712 а. 713 а,б,г. 714 г. 715 б. 716 в. 717 а,в,г,д,е.

718 а,б.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Деонтология в детской хирургии. Врач - больной, ребенок - родители. Взаимоотношения с персоналом, врачебная этика.
2. Флегмона новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические проявления. Диагноз, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
3. Косолапость. Классификация. Диагностика. Лечение.
4. Метаэпифизарный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клиника, диагностика. Особенности хирургического лечения.
5. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Особенности кровоснабжения костей у детей. Клинические формы острого остеомиелита. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
6. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Аппендикулярный инфильтрат у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет. Дифференциальная диагностика.
9. Перитонит у детей. Причины развития перитонита. Классификация. Клинические проявления. Принципы лечения.

10. Атрезия пищевода. Классификация. Клиника, диагностика. Тактика врача родильного дома. Принципы хирургического лечения.
11. Врожденная высокая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы хирургического лечения.
12. Врожденная низкая кишечная непроходимость. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
13. Пороки развития аноректальной области у детей. Классификация. Принципы хирургического лечения.
14. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных. Диагностика. Принципы хирургического лечения.
15. Врожденный пилоростеноз. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения.
16. Грыжи пупочного канатика. Классификация. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж. Методы лечения.
17. Пупочная грыжа. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Ущемленные паховые грыжи у детей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача. Лечение.
19. Водянка яичка и семенного канатика. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Гипоспадия. Клинические формы. Диагностика. Лечение.
21. Современные методы обследования в детской урологии.
22. Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика. Лечение.
23. Врожденный гидронефроз. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Хирургическое лечение.
24. Крипторхизм. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
25. Опухоль Вильмса. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
26. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
27. Переломы ключицы у детей. Клиника, диагностика. Принципы лечения.
28. Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Особенности диагностики у новорожденных и грудных детей. Значение ранней диагностики. Принципы лечения.
29. Переломы костей таза у детей. Механизм травмы. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения.
30. Врожденная кривошея. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к оперативному лечению.
31. Сколиоз. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.
32. Остеохондропатии. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения.
33. Термические ожоги у детей. Классификация. Фазы ожоговой болезни. Основные принципы лечения ожоговой болезни в зависимости от фазы.
34. Химические ожоги пищевода. Химические вещества, вызывающие ожоги, механизм их действия. Классификация. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Принципы лечения.
35. Рубцовые стенозы пищевода после химических ожогов. Классификация. Клиника, диагностика. Принципы лечения.

- 36.Инородные тела дыхательных путей. Клиника, диагностика. Неотложная помощь. Способы лечения.
- 37.Врожденные диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика. Лечение.
- 38.Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Специальные методы исследования. Лечение.
- 39.Переломы костей предплечья у детей. Механизм травмы. Особенности переломов костей предплечья. Диагностика. Лечение.
- 40.Переломы бедра у детей. Механизм травмы. Смещение отломков в зависимости от уровня перелома. Диагностика. Лечение.
- 41.Особенности переломов костей у детей. Поднадкостничные переломы. Диагностика. Лечение.
- 42.Гемангиомы. Клиника, диагностика. Современные методы лечения гемангиом у детей.
- 43.Омфалиты у новорожденных. Этиология, патогенез. Клинические формы. Лечение.
- 44.Лимфангиомы у детей. Формы лимфангиом. Клиника, диагностика. Сроки и методы лечения. Осложнения.
- 45.Нейрогенные опухоли средостения у детей. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.
- 46.Острая гнойная деструктивная пневмония у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
- 47.Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз.
48. Диффузные заболевания печени. Диагностика. Лечение. Прогноз.
49. Синдром портальной гипертензии у детей. Диагноз. Лечение. Прогноз.
- 50.Особенности ортопедии детского возраста. Этиология. Патогенез.
- 51.Врожденный вывих бедра.
- 52.Виды оперативных вмешательств, проводимых при врожденном вывихе бедра.
- 53.Виды косолапости у детей и их лечение. Этиология. Клиника.
- 60.Симптомы и степени кривошеи у детей 1-6 месяцев. Диагностика. Последствия синдрома кривой шеи.
- 61.Переломы длинных трубчатых костей у детей.
62. Типичные повреждения детского возраста: диафизарные переломы у новорожденных, поднадкостничный перелом, перелом по типу ивового прута, эпифизеолиз, подвывих головки лучевой кости, патологические переломы.
- 63.Диафрагмальные грыжи. Классификация. Методы оперативных вмешательств.
- 64.Методы пластики диафрагмы при релаксации.
- 65.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача 1.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с ребёнком 2 лет. Жалобы на увеличения левой половины мошонки. В ходе беседы выявлено, что к вечеру размеры левой половины мошонки становятся больше, боли не беспокоят. Травм, операций не было. Простудных, вирусных заболеваний последние 6 месяцев не было. Ребёнок от I беременности. Течение беременности без особенностей. Роды I, срочные, масса тела ребёнка при рождении 3100 г, рост 51 см. Растёт и развивается соответственно возрасту. Аллергоанамнез спокоен. Общесоматический статус не страдает. Кожные покровы

бледно-розовые. Дыхание проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. ЧД — 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, **ЧСС** — 106 в минуту. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Стул ежедневный, самостоятельный. Мочеиспускание регулярное. Местно: при осмотре асимметрия мошонки за счёт увеличения левой половины. При пальпации определяется опухолевидное образование, эластической консистенции с флюктуацией, контуры ровные, безболезненное, размером 4,0?3,5 см., не вправляющееся в брюшную полость. Яичко в мошонке, возрастных размеров, контуры яичка ровные. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику с пахово-мошоночной грыжей.
3. Определите план диагностических мероприятий.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Определите необходимость санпросвет работы, направленной на раннюю диагностику и лечения данного заболевания.

Ответ:

1. Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка.
2. Для пахово-мошоночных грыж нехарактерно: постоянная асимметрия мошонки, варьирующая в течение суток, симптом флюктуации, отсутствие расширенного наружного пахового кольца, консистенция мягко-эластического характера, не вправляется в брюшную полость. Положительный симптом диафаноскопии. УЗИ органов мошонки показывает наличие необлитерированного вагинального отростка брюшины, наличие жидкости, яичко не имеет патологических изменений.
3. Диагностика базируется на основании клинического осмотра, по показаниям выполняется УЗИ органов мошонки.
4. Учитывая возраст ребенка, показано оперативное лечение – перевязка влагалищного отростка брюшины (операция Росса). После двухлетнего возраста вероятность реабсорбции водяночной жидкости крайне мала, в то же время роль негативного воздействия на паренхиму, рост и развитие яичка возрастает.
5. Проведение регулярных профилактических осмотров детей врачом-педиатром участковым и врачом-детским хирургом на первом году жизни. Показание к операции — дети старше двух лет.

Задача 2.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием

не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).
3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведению яичка в мошонку.
4. Ребенок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением **сонографического** мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.
5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

Задача 3.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. **БЦЖ** в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и **гиперемия** левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте

Ваш выбор.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.

2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и **гиперемия** левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.

4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.

5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Задача 4.

Мать вызвала на дом врача-педиатра участкового к девочке 5 месяцев, жалуется на выраженное беспокойство ребёнка. Приступы беспокойства начались внезапно 6 часов назад. Приступ беспокойства длится 5-7 минут, затем ребёнок успокаивается. Температура не повышалась. Рвоты не было. Стула не было, газы не отходят. Родилась от беременности, протекавшей с гестозом. В период новорождённости перенесла энтероколит. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров чистый, бледный. Язык сухой. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс — 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, активно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. В правом подреберье определяется образование цилиндрической формы, умеренно подвижное и резко болезненное при пальпации. В правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется. На памперсе — из прямой кишки выделяется слизь тёмно-малинового цвета.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника.

2. Диагноз «инвагинация кишечника» установлен на основании жалоб (боль в животе приступообразного характера (приступы беспокойства), сменяющиеся периодами спокойного поведения ребенка (светлыми промежутками)); данных анамнеза (заболела остро, отсутствие температуры, стула и газов); данных объективного осмотра (наличие в правом подреберье образования цилиндрической формы, болезненного при пальпации, в правой подвздошной области слепая кишка не пальпируется, из прямой кишки выделилась слизь тёмно-малинового цвета).

3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана пневмоирригоскопия, дезинвагинация воздухом.

4. Проведение пневмоирригоскопии, дезинвагинации.

5. После выписки из стационара ребенок соблюдает диету по возрасту без введения новых продуктов, обследование на дисбактериоз кишечника.

Задача 5:

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в животе, повышение температуры и рвоту у мальчика 12 лет. Боли в животе постоянного характера возникли рано утром и локализовались сначала в эпигастральной области. К моменту обращения боль переместилась в правую подвздошную область. Мать давала таблетку Но-шпы. Боль в животе сохранялась. Отмечалась однократная рвота съеденной пищей. Температура тела – 37,6°C. Ребёнок от I нормально протекавшей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. [БЦЖ](#) в роддоме. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. В контакте с tbc не был. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 110 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре умеренно вздут, в акте дыхания участвует, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Там же определяются напряжение мышц и положительные симптомы раздражения брюшины. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. Врач-педиатр участковый направил в лабораторию поликлиники, выполнен общий анализ крови: RBC — 3,5*10¹²/л, HGB — 120 г/л, WBC — 12,6*10⁹/л, EOS — 4%, NEU — 76%, LYM — 18%, MON — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. [Острый аппендицит](#).
2. Диагноз «острый аппендицит» установлен на основании жалоб: боль в животе постоянного характера, температура, рвота; данных анамнеза (заболел остро, наличие симптома Кохера (боль переместилась из эпигастрия в правую подвздошную область)), отсутствия положительной динамики на прием спазмолитической терапии; симптома локальной болезненности напряжения мышц передней брюшной стенки и симптома раздражения брюшины в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз, нейтрофилез.
3. Госпитализация в хирургическое отделение. Показана операция аппендэктомия в неотложном порядке.
4. В послеоперационном периоде: антибактериальная терапия 5 дней ([цефалоспорины](#) 2-3 поколения), обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), соблюдает диету (исключая сырые овощи и фрукты, жирное жаренное), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Задача 6.

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперёд у мальчика 13 лет. При расспросе удалось установить, что накануне мальчик упал на спину, катаясь с горки. Отмечался кратковременный эпизод **апноэ**. Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, в лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. **ЧСС** — 78 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравerteбральных зон этого уровня определяется резкая болезненность. Болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какой дополнительный метод исследования необходим?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор?
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII. Необходима рентгенография грудного отдела позвоночника, на которой можно диагностировать клиновидную деформацию тел грудных позвонков Th IV — V — VI — VII.
2. Диагноз «компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII, II степени компрессии» установлен на основании факта травмы (упал на спину, катаясь с горки, был кратковременный эпизод **апноэ**), жалоб на боль в спине, усиливающуюся при наклонах туловища вперед, болезненны также наклоны туловища в стороны и вперед); данных объективного обследования (при пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравerteбральных зон этого уровня определяется резкая болезненность); рентгенологической картины (клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV-VII).
3. Срочная госпитализация в травматологическое отделение. Обезболивание, функциональное лечение путем вытяжения на кольцах Дельбе.
4. Вытяжение на кольцах Дельбе 3 недели, поэтапная лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, физиопроцедуры, массаж. Через 1,5 месяца разрешается более активный образ жизни, исключая сидение.
5. В течение 6 месяцев ребенок может стоять и лежать, продолжать лечебную гимнастику, профилактическое ношение корсета — 6 месяцев. Ро-графия через 6 месяцев: при отсутствии увеличения степени компрессии и при хорошо сформированном мышечном корсете возможно отменить ношение корсета. Прогноз — при несоблюдении рекомендаций, расширение объема движений — развитие раннего остеохондроза. При правильном лечении прогноз благоприятный.

Задача 7.

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребёнок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком. Ребёнок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребёнок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в лёгких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. **АД** — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бёдер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отёка, гиперемии с наличием эпидермальных

пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Термический **ожог** кожи II степени, до 10% поверхности тела.
2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипятка). Отек, **гиперемия** кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для **ожога** II степени. Площадь **ожога** подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, б?дер, голеней составит примерно 10% поверхности тела.
3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков.
4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.
5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

Задача 8.

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с мальчиком В. 8 месяцев через 3 дня от начала заболевания. Со слов матери, у ребёнка отмечается беспокойство при акте дефекации, повышение температуры до **субфебрильных** цифр. Сегодня мать увидела гиперемию и припухлость рядом с анальным отверстием. У ребёнка поднялась температура до 38,2°C, отмечается задержка стула, беспокойство. Ребёнок родился от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении – 3250 г. Находится на смешанном вскармливании. Наблюдается у врача-педиатра участкового с неустойчивым стулом, склонностью к запорам. Инфекционных и вирусных заболеваний не было. Растёт и развивается соответственно возрасту. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Отмечалась аллергическая реакция в виде очаговой гиперемии, сухость кожи на щеках, ягодицах на определённые продукты (манная каша, картофель). Состояние удовлетворительное. Температура – 37,4°C. Кожа и слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система сформирована правильно. В лёгких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. В области заднепроходного отверстия на 7 часах условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации определяется болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острый гнойный парапроктит, подкожно-подслизистая форма. Необходимо выполнить общий анализ крови.
2. Диагноз «острый гнойный парапроктит» устанавливают на основании жалоб: беспокойство при акте дефекации, задержка стула, повышение температуры до 38,2°C, гиперемия около анального отверстия; объективного обследования: в области ануса на 7 часах условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.
3. Срочно направить на госпитализацию в хирургическое отделение. Лечение острого парапроктита — оперативное. Операция заключается во вскрытии гнойника с иссечением (рассечением) свища и несущей свищ крипты.
4. В послеоперационном периоде назначают УВЧ-терапию, антибиотикотерапию, подмывание слабо-розовым раствором марганцево-кислого калия, противовоспалительными травами. Осложнения — при позднем обращении флегмоны таза, септические осложнения. При нерадикальном иссечении внутреннего отверстия — рецидивы, переход в хроническую форму.
5. После выписки ребенка из стационара — режим дня и [вскармливание](#) по возрасту. Осмотр врачом-детским хирургом поликлиники с целью своевременной диагностики хронического парапроктита.

Задача 9.

Мальчик Ч. 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен врачом-педиатром участковым, назначено лечение по поводу [ОРВИ](#), сопутствующая патология — ушиб бедра. В течение последующих суток отмечаются подъёмы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилились боли в левом бедре. Ребёнок не встает на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения. Родился доношенным, от I беременности, срочных родов с массой 3500 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита. К концу 2 суток от начала заболевания вновь вызван врач-педиатр участковый. При осмотре ребёнка выявлено: состояние тяжёлое, вялый, негативен на осмотр, температура — 39,1°C. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. При аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание редкое, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована кнаружи. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряженный отёк, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок; ограниченные и болезненные движения в коленном суставе. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и какие признаки помогут вам в обосновании диагноза?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости, септико-пиемическая форма. Двусторонняя септическая [пневмония](#). Необходимо выполнить: сравнительную рентгенографию бедренных костей для исключения перелома и изменений в структуре кости; рентгенографию грудной клетки с целью подтверждения наличия признаков пневмонии: в проекции обоих легких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободные, смещения органов средостения нет; общий анализ крови: лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг.
2. Диагноз «острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости» установлен на основании жалоб: боль в нижней трети левого бедра, гипертермия, нарушение функции (не вста?т на ногу, щадит е? от любого движения и прикосновения). Провоцирующим фактором явился ушиб бедра при падении с велосипеда, но на рентгенограмме линии перелома, изменений структуры кости нет. Септико-пиемическую форму течения острого гематогенного остеомиелита обосновывают клинико-рентгенологической картиной двусторонней септической пневмонии: цианоз носогубного треугольника; при аускультации в легких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья; на рентгенограмме грудной клетки в проекции обоих легких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободны, смещения органов средостения нет. В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, что указывает на гнойно-воспалительный процесс.
3. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения. При нарастании признаков дыхательной недостаточности — в реанимационное отделение. Лечение ОГО комплексное: дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза; антибактериальная терапия направлена (подавление типичного для ОГО микроорганизма *St. Aureus*); санация и дренирование гнойного очага — остеоперфорации (2-3 отверстия) с последующим промыванием костномозгового канала антисептиками и введение антибиотиков; ежедневные перевязки, исключить опору на больную конечность.
4. Антибактериальная терапия до нормализации показателей общего анализа крови. Перевязки с растворами антисептиков. Ходьба на костылях без опоры на больную конечность. Физиотерапевтические процедуры с противовоспалительной целью для улучшения микроциркуляции. Рентгенография левого бедра, костей, образующих левый коленный сустав на 21 день заболевания.
5. После выписки из стационара ребенок 1 месяц соблюдает домашний режим, ходит на костылях, освобождается от занятий физической культуры (показана лечебная физкультура), контроль общего анализа крови. Контрольная рентгенография через 1 месяц, далее по показаниям в соответствии с клинико-рентгенологической картиной.

Задача 10.

Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный [пиелонефрит](#). Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, [оценка по шкале Апгар](#) на 1 минуте – 5 баллов, на 5 минуте – 7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, [ЧСС](#) – 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого

лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая **пневмония**, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный **ателектаз** левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия. При обследовании получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, **эритроциты** – $5,8 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \cdot 10^9/л$, **лейкоциты** – $28 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, pH – 7,14. Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Ответ:

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжелой дыхательной недостаточности III степени.
3. Внелегочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врожденные пороки сердца, **родовая травма** ЦНС, **асфиксия**. Легочные причины неинфекционной природы: ВПР — агенезия, аплазия легкого, кистозная **гипоплазия**, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы — пневмонии.
4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение **АД**.
5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорожденного в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

Задача 11:

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Жалобы на боли в животе, затруднение дыхания, слабость, головокружение. Анамнез заболевания: 2 часа назад упал с велосипеда, ударился животом о мостовую. Сознание не терял, самостоятельно поднялся и дошёл до близлежащего дома. Была однократная рвота. В лежачем положении боли усиливаются и наблюдается затруднение в дыхании. При осмотре: состояние тяжёлое. Положение вынужденное. Мальчик стремится принять полусидячее положение. Кожные покровы бледные, в левом подреберье определяется ссадина. Язык сухой, чистый. Пульс -140 в минуту, ритмичный, ослабленного

наполнения. АД — 80/50 мм рт. ст. Грудная клетка нормальной формы. Границы сердца и лёгких в пределах возрастной нормы. Тоны сердца чистые, приглушены, лёгкий систолический шум на верхушке. Дыхание с обеих сторон везикулярное. Живот обычной формы, участвует в дыхании. Мальчик сопротивляется осмотру, активно напрягает живот. При пальпации передней брюшной стенки определяется разлитая болезненность, больше в левом подреберье. Пассивного мышечного напряжения не определяется, симптомы раздражения брюшины не выражены. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край её ровный, селезёнку пальпировать не удаётся. Перкуторно в левом фланке живота определяется притупление звука. Кишечные шумы выслушиваются слабо. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами. Анализ крови: **эритроциты** — $2,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 80 г/л, **лейкоциты** — $3,5 \cdot 10^9/л$, тромбоциты — $150 \cdot 10^9/л$, СОЭ — 17 мм/ч. Время свёртывания — 3 минуты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования больного.
4. Назовите этиопатогенез данного заболевания.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Закрытая травма органов брюшной полости. Геморрагический шок второй степени.
2. Диагноз установлен на основании жалоб на боли в животе, слабость, головокружение, наличие травмы. Мальчик стремится принять полусидячее положение. Кожные покровы бледные, в левом подреберье определяется ссадина. Тахикардия, артериальная гипотензия. Перкуторно в левом фланке живота определяется притупление звука. В анализе крови анемия, тромбоцитопения.
3. Дополнительное обследование включает обзорную рентгенографию брюшной полости для исключения **перфорации** полого органа. УЗИ брюшной полости, на котором, можно определить наличие жидкости во фланках. Методом выбора служит диагностическая лапароскопия.
4. Закрытая травма органов брюшной полости составляет 3% всех повреждений у детей, возникает при сильном ударе в живот при падении, ДТП, сдавлении. Надо различать повреждение паренхиматозных органов брюшной полости (печени и селезенки) с возникновением внутрибрюшного кровотечения и перфорацию полого органа (желудок, кишка) с осложнением в виде **перитонита**. Соответственно клинические симптомы различаются.
5. При установленном диагнозе «закрытое повреждение органов брюшной полости» лечение оперативное. Операция заключается либо в срединной лапаротомии с ревизией органов брюшной полости, либо в лапароскопии.

Задача 12.

На приёме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 10 лет. Жалобы на постоянные сверлящие боли в правой голени, повышение температуры тела. При движении ногой боли усиливаются. Мальчик не может пользоваться конечностью. Анамнез заболевания: 3 дня назад ребёнок, катаясь со снежной горки, упал и подвернул правую ногу. Почувствовал боль в области правой лодыжки, которая стихла и не беспокоила, продолжал гулять. Ночь провёл спокойно, боли не беспокоили. К вечеру следующего дня ребёнок стал отмечать болезненность в голени при нагрузке, повысилась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$. Ночь спал беспокойно. Утром не может встать на ногу, температура тела $38,9^{\circ}\text{C}$. Анамнез жизни: ребёнок от первой физиологически протекавшей беременности, закончившейся нормальными родами. Масса тела при рождении — 3600 г, длина — 52 см. В развитии от сверстников не отставал. Перенёс **корь** и ветряную оспу. Осмотр: состояние ребёнка средней степени тяжести.

Кожные покровы бледные. Пульс — 110 в минуту. Лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка нормальной формы, границы сердца и лёгких в пределах возрастной нормы. Тоны сердца громкие, определяется незначительный систолический шум на верхушке. В лёгких дыхание везикулярное с обеих сторон. Живот участвует в дыхании, мягкий и безболезненный при пальпации, паренхиматозные органы не пальпируются. Локальный статус: в нижней трети правой голени определяется отёчность и резкая болезненность в области внутренней лодыжки. При перкуссии большеберцовой кости и осевой нагрузке на голень боли усиливаются. Анализ крови: **эритроциты** — $4,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин — 138 г/л, **лейкоциты** — $16,2 \cdot 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы — 5%, сегментоядерные нейтрофилы — 78%, лимфоциты — 13%, моноциты — 4%, СОЭ — 21 мм/ч.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительно обследования больного.
4. Назовите этиопатогенез данного заболевания.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости. Местная форма. Гнойный артрит правого голеностопного сустава.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб на постоянные сверлящие боли в правой голени, повышение температуры тела. При движении ногой боли усиливаются. Мальчик не может пользоваться конечностью. В нижней трети правой голени определяется отечность и резкая болезненность в области внутренней лодыжки. При перкуссии большеберцовой кости и осевой нагрузке на голень боли усиливаются. В анализе крови лейкоцитоз со сдвигом влево.
3. Рекомендовано проведение рентгенографии правой голени с захватом голеностопа в двух проекциях для исключения травматического повреждения. Измерить кожную температуру на больной и контрлатеральной конечности для получения разности температур, также измерить окружность голени для подтверждения отека. Перкуссия по кости. Биохимия крови с определением С — реактивного белка, калия, натрия, кислотно-щелочного состава.
4. Заболевание начинается с заноса кровью в костный мозг микроорганизмов, при бактериемии. Как правило микробный тромб заносится в метафизарный отдел трубчатой кости. В последующем развивается гнойно-некротический процесс. Учитывая то, что гнойный процесс развивается в замкнутом пространстве, повышается внутрикостное давление, которое вызывает сильную пульсирующую боль.
5. Радикальное лечение заключается в полной и своевременной санации гнойного очага, антибактериальной терапии, иммуномодулирующего лечения. Санация очага достигается ранним оперативным вмешательством — остеоперфорация, наносят 2-3 отверстия по длиннику кости, сразу назначают **антибиотики** широкого спектра действия. Инфузионная терапия в полном объёме. При наличии гнойного артрита показано пункционное лечение сустава.

Задача 13.

В травматологическую поликлинику обратились родители девочки 14 лет — ученицы рядом расположенной школы. На уроке физкультуры упала и ударилась правым плечом о металлическую перекладину, появилась сильная боль в правой руке. При осмотре: старается прижать повреждённую руку к туловищу. В средней трети правого плеча припухлость, деформация, при пальпации резкая локальная болезненность и крепитация костных отломков, патологическая подвижность в месте травмы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Составьте план неотложных мероприятий.
5. В чём заключается радикальное лечение?

Ответ:

1. Диагноз «закрытый перелом правого плеча в средней трети».
2. Диагноз поставлен на основании данных анамнеза и жалоб: травма правого плеча и возникшая сильная боль; объективного исследования: вынужденное положение конечности, деформация, локальная болезненность, крепитация и патологическая подвижность в месте травмы. Необходимо оценить пульсацию на периферических артериях для определения нарушений кровотока.
3. Точный диагноз может быть поставлен только после выполнения Рo-графии в двух проекциях и оценки нарушений периферического кровоснабжения и нервной проводимости.
4. Необходимо оценить состояние с целью выявления нарушений гемодинамики (ранняя диагностика травматического шока); осуществить обезболивание введением одного из препаратов: Трамал, Баралгин, Максиган, Спазган (профилактика болевого шока); осуществить транспортную иммобилизацию с целью создания покоя поврежденной конечности, профилактики смещения костных отломков и дополнительной травматизации тканей; приложить холод к месту повреждения (уменьшение боли и кровотечения); вызвать скорую помощь для госпитализации в отделение неотложной травматологии; наблюдать за пациенткой до прибытия скорой помощи.
5. При поперечном переломе без смещения отломков достаточно обезболивания по Белеру 1% **Новокаин** в дозе 1,0 мл на год жизни в место перелома. Гипсовая лангета с захватом двух суставов. При переломе со смещением по длине и ширине — скелетное вытяжение.

Задача № 14

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

*Ваш предварительный диагноз, программа обследования и тактика лечения.
Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.*

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана госпитализация. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений, сифонная клизма. После очищения кишечника проводится ирригография с водорастворимым контрастным веществом, УЗИ толстой и прямой кишки, биопсия слизистой. Лечение хирургическое. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1)** анатомические формы: а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2)** клинические стадии: а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой

кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической структуре интрамурального нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде обтурационной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов оболочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** 1) Анамнез, 2) клиника, 3) объективное обследование; 4) рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наблюдают задержку опорожнения к-ки (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). 5) Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). 6) ректальная биопсия стенки толстой к-ки. 7) ректальная манометрия. 8) ректальная электромиография прямой к-ки. 9) гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ки (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и то же время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

Задача № 15

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3000г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зеленый цвет), в последующие дни стула не было. С увеличением объема кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, мраморные. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в мин. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл молока без примесей. Амбула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки - 2460, рН - 7,51, рСО₂ - 34, 6, ВЕ - + 4,5, Hb - 180 г/л, Ht - 75%, Na плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л.

Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Атрезия двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений в качестве предоперационной подготовки. Самый частый тип атрезии мембранозный. **Клиника.** Проявляется симптомами высокой полной хронической обтурационной КН. + *См условие задачи.* **Диагностика.** Обзорная рентгенография брюшной полости в 2-х проекциях – выявляется 2-а Ур-ня жидкости в желудке и 12-ти п.к-ке. **Лечение.** Оперативное – экстренная хирургическая после предоперационной подготовки. Выполняют дуоденотомию и иссечение мембраны. В послеоперационном периоде сначала назначают сбалансированное парентеральное питание, затем переходят на дробное кормление. **Диспансерный учет** в течение 6-12 мес. Коррекция биоценоза киш-ка и устранение обменных нарушений, применение ферментных пр-тов, поливитамины, сбалансированное питание.

Задача № 16

В отделении патологии новорожденных лечился ребенок 26 дней по поводу омфолита и пиодермии. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Местное и общее лечение. Патогенез. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Общий анализ крови, СОЭ. На 10 сутки рентгенография правой плечевой кости. Остеомиелит – гнойно-некротическое поражение костного мозга с последующим вовлечением в процесс других анатомических стр-р кости. Процесс м.б. *первичным* (на фоне видимого благополучия; возбудитель - стафилококк), либо *вторичным* (на фоне текущего инфекционного процесса; возбудитель – Gr- флора: клебсиелла, кишечная, синегнойная палочка). **Патогенез.** Инфекция попадает в метафиз кости гематогенным путем => развивается воспалительный процесс => распространяется на ростковую зону и эпифиз, располагающиеся внутри сустава => клинические симптомы обусловлены развитием артрита. Большую роль в развитии данного заб-я играют АФО строения и кровоснабжения костей: развитая сеть кровеносных сосудов, автономность кровоснабжения эпифиза, метафиза и диафиза, большое количество мелких разветвлений сосудов, идущих радиарно через эпифизарный хрящ к ядру окостенения. **Клиника.** Различают 3-и основные формы: 1) *токсическая* (адинамическая) – протекает бурно с явлениями эндотоксического шока с потерей сознания, бредом, повышением температуры до 40-41 град.С, м.б. судороги, рвота, т.е. общие клинические симптомы преобладают, а выявить местные признаки удастся лишь спустя некоторое время – умеренный отек пораженной обл-ти, болевая контрактура прилежащего сустава, повышение местной t, м.б. усиление кожного венозного рисунка. 2) *септико-пиемическая* – протекает с септическими явлениями, повышением t до 39-40 град.С, явления интоксикации, бред, эйфория, но местные изменения можно выявить раньше, т.к. с первых дней заб-ния появл-ся боль в пораженной конечности. 3) *местная* – преобладают местные симптомы воспаления – на фоне благополучия возникает резкая боль в конечности, вынужденное положение конечности, стойкая контрактура сустава, повышение t до 39-40 град.С. **Диагностика.** 1) осмотр (резко выраженная локальная болезненность при пальпации, особенно при перкуссии над местом поражения); 2)

определение внутрикостного давления (будет внутрикостная гипертензия); 3) радионуклеидное сканирование костей с последующей компьютерной обработкой данных; 4) ОАК (лейкоцитоз $30-40 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ до 60 мм/час); 5) рентген (уже на 8-10 день видны симптомы – утолщение мягких тканей на стороне поражения, расширение суставной щели, легкая периостальная р-ция; очаги деструкции можно выявить на 3 нед от начала заб-я; о степени разрушения эпифиза можно судить лишь после появления ядра окостенения, чаще всего поражаются дистальный и проксимальный концы бедренной кости, проксимальный конец плечевой и большеберцовой кости). При попадании инф-ции в синовиальную оболочку сустава возникает гнойный артрит (без вовлечения костей), тогда на рентгене увеличение суставной щели за счет выпота, раньше появляется и более выражена контрактура сустава. При пункции гнойный выпот в большей степени, чем при остеомиелите. **Лечение.** А/б направленного спектра д-я – оксациллин + нетилмецин, цефалоспорины + ванкомицин, рифампицин. Дезинтоксикационная терапия. Иммунотерапия – гипериммунная стафилококковая плазма, Ig человеческий нормальный, антистафилококковый гамма-глобулин. Иммобилизация с помощью вытяжения по Шеде (на нижние конечности) и повязки Дезо (на верхние конечности). Хирургические манипуляции в области ростковой зоны и гипсовые лангеты у новорожденных не применяются. При артрите – пункция с удалением выпота и последующем введении а/б. При локализации процесса в проксимальном эпифизе бедренной кости, после стихания острого процесса применяют повязки-распорки (для профилактики патологического вывиха бедра). **Диспансерный учет.** После выписки контрольные осмотры с рентгеном 1 раз в 2 мес. При подострой стадии – повтор иммуностимулирующего леч-я, УВЧ-терапия 15 сеансов, десенсибилизирующая терапия 14 дн., а/б 14 дн., анаболические гормоны 21 день, белковая диета, разработка сустава. При хр. ст. эту терапию продолжают, а при необходимости – операция, госпитализация.

Задача № 17

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3600. Сразу после рождения в подчелюстной области и на шее обнаружено опухолевидное образование 6х5 см. тестоватой консистенции, неподвижное, безболезненное. Общее состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено.

Ваш диагноз, план обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ: Лимфангиома подчелюстной области. Показана рентгенография грудной клетки. Оперативное лечение. Лимфангиома – доброкачественная опухоль, врожденная микроскопическая стр-ра которой напоминает тонкостенные кисты различных размеров, от узелков диаметром 0,2-0,3 см до крупных образований. **Бывают:** 1) простые (разрастание лимфатических сосудов); 2) кавернозные (наиболее частая; образована полостями из соединительнотканной губчатой основы, которая содержит гладкие мышечные волокна, эластический каркас и мелкие лимфатические сосуды, полость наполнена лимфой); 3) кистозная (м.б. из одной или множества кист). **Клиника.** *Простая* – выглядит как утолщение кожи, слегка бугристая, нерезко очерченная, поверхность м.б. влажная (лимфорей); *кавернозная* - припухлость с нерезкими очертаниями, мягкой консистенцией, часто ощущается флюктуация, кожа м.б. спаяна с образованием, но не изменена, при надавливании опухоль может сжиматься, а потом расправляется; *кистозная* – эластичное образование, покрытое растянутой кожей, отчетливая флюктуация, через истонченную кожу может просвечиваться синеватое образование. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр; 3) лимфография; 4) рентген в 2-х проекциях. **Лечение.** Хирургическое (иссечение лимфангиомы в пределах неизмененных

тканей; если не удастся полностью – кавернозная лимфангиома – то оставшиеся участки прошивают шелковыми или капроновыми нитями или применяют электрокоагуляцию). Реже применяют отсасывание опухоли по средством пункции (у новорожденных).

Задача № 18

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен. Возраст 1 сутки. рН - 7,32, рСО₂ - 36, ВЕ - -4, Нb 220 г/л, Ht - 65%.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

ОТВЕТ: Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показано УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, Эхо-кардиография. Оперативное лечение после предоперационной подготовки. *Атрезия ануса м.б.:* 1) низкими (когда слепой конец кишки асполагается на глубине до 2 см от кожи); 2) средними и 3) высокими – когда слепой конец расположен на большей глубине. **Диагностика:** 1) инвертограмма по Вангенстину (для определения высоты атрезии) – на обл-ть проекции заднепроходного отверстия наклеивают рентгеноконтрастный предмет, после чего выполняют обзорный снимок в боковой проекции в положении реб-ка вниз головой. По расстоянию между газовым пузырем в атрезированной кишке и меткой на промежности судят о высоте атрезии. 2) УЗИ промежности; 3) электромиография; 4) УЗИ почек, сердца, проверка проходимости пищевода, желудка, т.к. м.б. сочетанные пороки. **Лечение.** Необходима значительная мобилизация кишки, которую выполняют брюшно-сакропромежностным способом в 2 этапа: 1) в левой подвздошной области накладывают противоестественный задний проход по Микулич-Радецкому на сигмовидную кишку максимально близко в зоне атрезии; 2) в возрасте от 2 мес до 1 года выполняют 2-ой этап операции. После операции реабилитация – начиная с 10-14 дня профилактическое бужирование бужами Гегара, постепенно увеличивая их размеры в течение 2-2,5 мес. Сначала бужируют в стационаре, а потом родители дома сами под еженедельным диспансерном контроле. Также необходима медико-генетическая консультация.

Задача № 19

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел. Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневматизация легких, усиление бронхосудистого рисунка. На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

ОТВЕТ: Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого. Показана рентгенография в двух проекциях. Бронхоскопия. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача № 20

На 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. Выражен токсикоз, температура 37,8, сосет вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый жидкий с примесью слизи и зелени. В пояснично-крестцовой области обнаружен участок гиперемии и инфильтрации мягких тканей размером 8х6 см. Кожа горячая на ощупь, отечная, пальпация резко болезненна. На теле обнаружены единичные гнойничковые элементы, пупочная ранка широкая с фибринозными наложениями. Вес ребенка на момент осмотра 3200г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -8, сегментоядерные -28, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ 6.

Ваш предварительный диагноз. План обследования, дифференциальный диагноз. Тактика лечения. Этиология.

ОТВЕТ: Некротическая флегмона пояснично-крестцовой области, пиодермия, омфалит, дисбактериоз кишечника. Локализованная инфекция с токсикозом. Общий анализ крови и мочи, посевы. Оперативное лечение флегмоны. Флегмона – особая форма гнойного поражения кожи и подкожной клетчатки, хар-ся быстрым распространением процесса. Развитию флегмоны способствуют АФО кожи и подкожно-жировой клетчатки новорожденных: 1) легкая ранимость эпидермиса; 2) слабое развитие базальной мембраны; 3) большое кол-во межклеточной жидкости; 4) богатая сосудистая сеть; 5) недоразвитие соединительнотканых перемычек в жировой клетчатке. **Этиология.** Возбудитель – стафилококк, далее может присоединиться Gг- или смешанная флора. Типичная локализация – крестцово-копчиковая, лопаточная обл-ти, передняя и боковая пов-ти гр. клетки. **Клиника.** Реб-к становится вялым, беспокойным, повышается t до 39-40 град.С, на уч-ке повреждения сначала пятно красного цвета, через несколько часов увеличивается, кожа сначала багрового цвета, затем появл-ся цианотичный оттенок + уплотнение, отек мягких тканей. **Дифф. диагностика.** 1) Рожистое воспаление; 2) адипонекроз (не имеет общих и местных симптомов клинически и лабораторно, типичны бугристая инфильтрация мягких тканей и пятнистая гиперемия зоны поражения). **Лечение.** 1) а/б (в зав-ти от тяжести) – в/м оксациллин 200000 ЕД/кг/сут, в тяжелых состояниях в сочетании с амидогликозидами (нитилмицин 6-8 мг/кг/сут 1 р/сут в/в); 2) местное лечение – нанесение множественных разрезов в зоне поражения и по границе со здоровыми уч-ками (уменьшает отек в пограничной зоне, отграничивает распространение процесса). После операции операция через 6-8 часов. Если очаг распространяется дальше, опять насечки => влажная повязка с антисептиком (1% р-р хлорофилипта, томицида). Если развился некроз – некрэктомия. 3) Физиотерапия, лазеротерапия, УЗ-обработка ран, общая стимулирующая терапия.

Задача № 21

На 5 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка, выражен токсикоз, температура 38,8. Ребенок вял, кожные покровы мраморные с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна. Ребенок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка на момент осмотра

2800. Общий анализ крови: лейкоцитоз 16300, палочкоядерные -32, сегментоядерные - 51, эозинофилы -0, лимфоциты - 11, моноциты -6, СОЭ - 6.

Ваш предварительный диагноз. План обследования, лечение. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Рожистое воспаление. Локализованная инфекция с токсикозом. Местное лечение: УФО, повязки с томицидом, левомиколем. Цефалоспорины парентерально с учетом чувствительности штамма стрептококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Рожа – острый прогрессирующий серозно-воспалительный процесс кожи или слизистой оболочки. Вызывается бета-гемолитическим стрептококком группы А. Входные ворота – поврежденные кожные покровы. **Клиника.** См условие задачи. **Дифф.диагностика:** флегмона (при роже входные ворота – мацерированные поврежденные уч-ки кожи, чаще заб-е начинается с обл-ти вокруг пупка или половых органов и заднего прохода). **Лечение.** А/б (бензилпенициллин, амоксициллин, макролиды, цефалоспорины II поколения, например, цефуроксин) + местная физиотерапия (УВЧ, УФО).

Задача № 22

При осмотре 4-дневного ребенка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6х7 см. Кожа в этой области цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не повышена, пальпация безболезненна. В течение 4-х часов наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребенок родился с массой 4200 от 1 беременности и затяжных родов. Общий анализ крови: лейкоцитоз -9700, палочкоядерные -15, сегментоядерные - 38, эозинофилы - 3, лимфоциты - 32, моноциты - 12, СОЭ - 5.

Поставить предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз, определить тактику лечения.

ОТВЕТ: Асептический некроз подкожно жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений. Адипонекроз возникает в результате сдавления мягких тканей в родовых путях при патологическом течении родов. Не имеет общих и местных симптомов клинически и лабораторно, типичны бугристая инфильтрация мягких тканей и пятнистая гиперемия зоны поражения.

Задача № 23

Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров по Персианинову и масочной вентиляции легких в течение 5 минут. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика врача родильного дома.

ОТВЕТ: Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс. Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.

Задача № 24

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенности. Находился на естественном вскармливании. Прибавил за месяц 700г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота “фонтаном”. Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяца 10 дней, потеря веса за неделю 400г. Состояние тяжелое, вял, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота “фонтаном” с примесью старой крови. Со стороны сердца и легких без особенности. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде “песочных часов”. Вес ребенка 3700, рН-7,56, рСО₂, -38, ВЕ + 12, Hb - 112 г/л, Ht - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования на различных этапах (поликлиника, стационар). Тактика лечения. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Пилоростеноз. Показано: КЩС, УЗИ пилорического отдела желудка или фиброэзофагогастроскопия или рентгенологическое исследование желудка с контрастным веществом. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Пилоростеноз – в основе заб-я лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка. **Генетические аспекты:** в пилорическом отделе при заболевании отсутствует нейтральная форма синтетазы окиси азота. **Клиника.** Симптомы появл-ся с конца второй, начала третьей недели жизни реб-ка, отмечают рвоту фонтаном, возникающую между кормлениями, рвотные массы застойного хар-ра и превышают объем предыдущего кормления + реб-к худеет, обезвоживается, симптомы дегидратации и декомпенсированного метаболического алкалоза. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр; 3) пальпация (иногда удается определить гипертрофированный привратник; 4) лаб. исследования (метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипохлоремия, снижение ОЦК, гемоглобина, гематокрита. 5) УЗИ (пилорический канал сомкнут, не раскрывается, не пропускает содержимое в 12-ти п.к-ку, циркулярный мышечный жом резко утолщен. 6) ФЭГС – расширенный складчатый антральный отдел жел-ка, просвет пилорического канала резко сужен до величины булавочной головки, не раскрывается при раздувании воздухом (в отличие от пилороспазма). 7) Рентген (обращают внимание на размеры жел-ка, ур-нь жидкости натошак, газонаполнение кишечных петель); рентгеноконтрастное иссл-ние – время начала первичной эвакуации бариевой взвеси. На рентгенограмме в боковой проекции виден суженный пилорический канал («симптом клюва»). Все рентгенограммы выполняются в вертикальном положении реб-ка. **Дифф. диагностика:** пилороспазм; псевдопилоростеноз (в рвотных массах примесь желчи, гиперкалиемия, эндоскопически привратник проходим); желудочно-пищеводный рефлюкс (начало с рождения, рвота и регургитация в горизонтальном положении); стеноз 12-ти п.к-ки (начало с рождения, на рентгене два ур-ня жидкости). **Лечение** - оперативное. Сначала предоперационная подготовка – коррекция гиповолемии, алкалоза, гипокалиемии. Выполняют внеслизистую пилоромиотомию по Фреде-Рамштеду. Через 3-6 часов реб-ка начинают поить 5% р-ром глюкозы, затем молоком по 5-10 мл каждые 2 часа, постепенно увеличивая объем + инфузионная терапия, вспомогательное парентеральное питание.

Задача № 25

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см.

Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения. Этиология.

ОТВЕТ: Врожденная доленая эмфизема верхней доли левого легкого. Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких. Оперативное лечение. Врожденная доленая эмфизема (врожденная локализованная эмфизема, обструктивная эмфизема, гипертрофическая эмфизема) – характеризуется растяжением (эмфиземой) части легкого (чаще одной доли). **Этиология** – не выяснена. Некоторые авторы считают: 1) аплазия хрящевых элементов бронхов; 2) гипоплазия эластичных волокон и гладких мышц терминальных и респираторных бронхиол. Вследствие этих причин => предпосылки для возникновения клапанного механизма => чрезмерное вздутие соответствующей части легкого, развитие дыхательных нарушений. **Клиника.** 1) Декомпенсированная форма (с рождения); 2) субкомпенсированная; 3) компенсированная форма. Клиника зависит от выраженности дыхательной и сердечной недостаточности. Дыхательная недостаточность возникает из-за выключения из дыхательной функции большого объема легочной ткани и коллабирования нормально сформированных отделов, а также шунтирование крови в коллабированной части легкого. Вследствие повышения внутригрудного давления и смещения средостения развивается сердечно-сосудистая недостаточность. **Диагностика.** 1) Клиника; 2) осмотр, перкуссия, аускультация; 3) рентген (повышение прозрачности легочной ткани вплоть до полного исчезновения легочного рисунка, смещение средостения, иногда с «медиастинальной грыжей», поджатие здоровых отделов легкого в виде треугольной тени ателектаза – этот признак важен в дифференциальной диагностике с пневмотораксом. 4) КТ; 5) радиоизотопное исследование легких. **Лечение** - оперативное: удаление порочно развитой доли.

Задача № 26

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого, окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Стеноз 12-ти п.к-ки возникает также, как атрезия,

за исключением того, что препятствие в виде перепонки не сплошное, а перфорированное. Чаще локализуется около большого сосочка 12-ти п. к-ки. **Клиника.** См задачу. **Диагностика.** 1) осмотр; 2) рентген (на обзорном снимке 2-а ур-ня жидкости в верхнем этаже брюшной полости и резко сниженное газонаполнение кишечника в нижних отделах живота). При рентгеноконтрастном исследовании – широкие ур-ни взеси в желудке и 12-ти п.к-ке и скудное поступление контраста в петли тощей кишки, расположенные анатомически правильно, в левой эпигастральной обл-ти. **Лечение** – оперативное: дуоденотомия с иссечением мембраны.

Задача № 27

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен меконияльный стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Нb - 220г/л, Ht - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

ОТВЕТ: Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз со значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение хронической почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений. К этой группе заб-ний относятся пороки развития, травматические повреждения, гнойно-септические заб-я, опухоли. В верхнем этаже брюшной полости м.б.: опухоли, исходящие из печени (солитарная киста печени, киста общего желчного протока, доброкачественная или злокачественная опухоль, подкапсульная гематома печени); абсцесс пупочной вены. В среднем этаже брюшной полости – чаще энтерокистомы. В нижнем этаже: солитарная или тератоидная (осложненная или неосложненная) киста яичника, гидрокольпос или гематометра при атрезии влагалища и девственной плевы, нейрогенный мочевой пузырь, киста урахуса. **Диагностика.** 1) Антенатальное исследование плода; 2) после рождения – комплексное исследование: клиника, лаб. иссл-я, УЗИ, радиоизотопное исследование, цистография, ангиография, КТ. Если подтверждается диагноз гидронефроз со значительным нарушением почек – можно прибегнуть к предварительной деривации мочи с помощью нефростомии; при улучшении почечных ф-ций – выполнение реконструктивной операции.

Задача № 28

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 недель. Роды на 36 неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зеленые. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела 2200. Состояние после рождения расценено как тяжелое, вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипное, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Желтуха с 2-х суток. С 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло,

срыгивал, периодически с примесью желчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул мекониальный со слизью 2-3 раза, скудными порциями. Теряет в весе. К 6-м суткам состояние ребенка ухудшилось, выросли явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено до 60 мл. Кожные покровы бледно-цианотичные, мраморные, тургор снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отечна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Вес ребенка 2150, рН- 7,21, рСО₂ - 38, ВЕ - 12, Нb-145 г/л, Нt- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики.

ОТВЕТ: Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция. Некротический энтероколит (НЭК) – развивается в рез-те: 1) тяжелой неонатальной гипоксии и асфиксии; 2) осложнений инфузионной терапии и ЗПК; 3) декомпенсации тяжелого врожденного порока сердца; 4) декомпенсированной формы б-ни Гиршпрунга; 5) нерационального применения а/б. **Патогенез.** Вследствие тяжелых микроциркуляторных нарушений в стенке ЖКТ происходит централизация кровообращения со спазмом мезентериальных сосудов => парез кишечника с кровоизлияниями. **Клиника.** 1 стадия (продромальная) – неврологические растр-ва, нарушение дых-я и сердечно-сосудистой деят-ти, со стороны ЖКТ – симптомы дискинезии – вялое прерывистое сосание, срыгивания молоком, м.б. желчью, аэрофагия, вздутие живота, быстрая потеря массы тела. На рентгене – повышенное равномерное газонаполнение всех отделов ЖКТ с незначительным утолщением стенок кишок. 2 стадия (клинических проявлений) – на 5-9 сутки состояние ухудшается, нарастают симптомы динамической КН. На рентгене – повышенное неравномерное газонаполнение ЖКТ, зоны затемнения, соответствующей области максимального поражения киш-ка. Появл-ся субмукозный кистозный пневматоз кишечной стенки, в тяжелых случаях выявляют газ в портальной системе печени. 3 стадия (предперфорации) – выражен парез киш-ка, продолжительность стадии не более 12-24 часов, состояние очень тяжелое, выражены симптомы токсикоза и эксикоза, рвота желчью и каловыми массами. На рентгене – нарастает затемнение брюшной полости, наружные контуры кишечных петель теряют четкость очертаний. 4 стадия (перфорации) – симптомы перитонеального шока и паралича киш-ка. Перитонит при перфорации отличается: значительной площадью поражения киш-ка; выраженностью спаячно-воспалительного процесса в брюшной полости; умеренностью пневмоперитонеума. Наиболее тяжелая форма НЭК – геморрагический инфаркт киш-ка. **Лечение:** в 1 ст. – консервативное, посиндромное (снизить объем энтерального кормления, инфузионная терапия и т.д.); во 2 и 3 ст.: а) декомпрессия ЖКТ, при 2 ст. – пауза 6-12 ч, при 3 ст. – исключить прием жидкости через рот на 12-24 ч постоянной асирации содержимого через зонд; б) инфузионная терапия направлена на регидратацию, восстановление микроциркуляции, ликвидацию нарушения гомеостаза и КОС; в) а/б (полимиксин-М по 10 мг/кг/сут в 3 приема или амикацин по 20 мг/кг/сут в 3 приема в комбинации с фузидиновой к-той по 60 мг/кг/сут или рифампицином 10 мг/кг/сут в 3 приема; г) стимулирующая и симптоматическая терапия (переливание гипериммунной плазмы, введение иммуноглобулина, витаминов). При 3 и 4 ст. – оперативное лечение – выключение пораженного отдела киш-ка путем наложения колостомы на здоровый вышележащий отдел. После выздоровления – реконструктивная операция через 1-2 мес.

Задача № 29

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул мекониевый. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - "печеночная тупость" не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, рН-7,21, рСО₂-40, ВЕ- -13, Нб- 185г/л, Нт-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения. Этиология

ОТВЕТ: Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Перитонит у новорожденных – грозное осложнение различных патологических состояний. **Этиология:** перфорация стенки ЖКТ (84%) вследствие таких заб-ний, как некротический энтероколит, острый аппендицит, бактериальное инфицирование брюшины контактным, гематогенным, лимфогенным путями при сепсисе. **Классификация:** **1) по этиологии:** а) перфоративный – некротический энтероколит, пороки развития ЖКТ, острый аппендицит, деструктивный холецистит и холангит, ятрогенные перфорации полых органов; б) неперфоративный – гематогенное, лимфогенное инфицирование брюшины; контактное инфицирование брюшины; **2) по времени возникновения:** а) пренатальный; б) постнатальный; **3) по степени распространения в брюшной полости:** а) разлитой; б) ограниченный; **4) по хар-ру выпота в брюшной полости:** а) фиброадгезивный; б) фибринозно-гнойный; в) фибринозно-гнойный, каловый. **Диагностика:** 1) клиническая картина; 2) осмотр; 3) обзорная рентгенограмма – под куполом диафрагмы выявлялся значительный пневмоперитонеум. **Лечение:** хирургическое (после пункции бр. полости и снижения внутрибрюшного давления в течение 2-3 ч проводят комплексную предоперационную подготовку для ликвидации симптомов централизации кровообращения). Производят верхнюю-поперечную лапаротомию, кишечную петлю с участком перфорации подшивают к бр. стенке в виде кишечного свища --> брюшную полость промывают антисептиками --> дренаж.

Задача № 30

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

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения. Классификация заболевания. Патогенез. Дифференциальная диагностика.

ОТВЕТ: Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана ирригография с водорастворимым контрастным веществом, биопсия слизистой оболочки с исследованием холинэстеразы. Лечение оперативное. Болезнь Гиршпрунга – это порок развития дистальных отделов толстой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды, вследствие полного отсутствия или дефицита интрамуральных нервных

ганглиев. **Классификация** (по А.И. Ленюшкину, 1987 г): **1)** анатомические формы: а) ректальная; б) ректо-сигмовидная; в) сегментарная; г) субтотальная; д) тотальная; **2)** клинические стадии: а) компенсированная; б) субкомпенсированная; в) декомпенсированная. **Патогенез.** Миграция нервных клеток из нервного гребня начинается от пищевода ко всей тонкой кишке на 7 нед эмбриогенеза, к восходящей и поперечной ободочной кишкам – на 8 нед, к оставшейся части толстой кишки на 12 нед. Вследствие нарушения формирования нервных стр-р на 7 нед => аганглиоз всей толстой кишки. Наибольшее значение имеет изменение в гистологической стр-ре интрамурального нервного аппарата. **Клиника.** Хр. запор, который м.б. купирован с помощью очистительной клизмы. Если большой сегмент кишки лишен ганглиев, то клиника м.б. в виде obturatorной механической КН. Другой постоянный симптом б-ни – метеоризм. Из-за расширения сигмовидной, а затем и вышележащих отделов ободочной кишки, увеличиваются размеры живота, грудная клетка приобретает бочкообразную форму; при более длительном течении брюшная стенка истончается, становится дряблой («лягушачий живот»). Отмечается видимая на глаз перистальтика. При пальпации живота можно обнаружить слегка тестоватую «опухоль», которая обладает «симптомом глины» - от надавливания остаются вдавления. Впоследствии развивается анемия, гипотрофия, хр. каловая интоксикация, нарушение белкового обмена, ф-ции печени, отставание в физическом развитии. **Диагностика.** **1)** Анамнез, **2)** клиника, **3)** объективное обследование; **4)** рентген (на обзорной рентгенограмме раздутые петли толстой кишки, высокое стояние купола диафрагмы, при введении сульфата бария в прямую кишку через газоотводную трубку (ирригография) – суженная зона по ходу толстой кишки и супрастенотическое расширение вышележащих ее отделов, в которых м.б. отсутствие гаустр и сглаженность контуров. Обязательно делать 4 рентгенограммы – в прямой, боковой проекциях, и 2 – после опорожнения к-ки (для выявления протяженности суженной зоны), также делают отсроченный снимок – на нем наблюдают задержку опорожнения к-ки (этот признак – основной для диагностики б-ни у новорожденных и грудных детей, т.к. у них еще не выражена разница в диаметре суженной и расширенной частей). **5)** Урологическое исследование (т.к. при этой б-ни есть сопутствующие пороки развития МВС). **6)** ректальная биопсия стенки толстой к-ки. **7)** ректальная манометрия. **8)** ректальная электромиография прямой к-ки. **9)** гистохимическое исследование кусочков слизистой оболочки и подслизистого слоя прямой к-ки. **Дифф. диагностика:** аноректальные пороки; вторичный мегаколон (на фоне рубцового, врожденного или приобретенного, сужения прямой к-ки); привычный запор (из-за трещин заднепроходного отверстия, геморроя и т.д.); мекониевый илеус при муковисцидозе. **Лечение** – только хирургическое – брюшно-промежностная резекция суженной зоны с частью расширенной толстой кишки. Оптимально эту операцию проводить в 2-3 года. До операции – консервативное лечение, направленное на регуляцию опорожнения киш-ки (послабляющая диета, массаж живота, упражнения по укреплению м-ц брюшного пресса, различные виды клизм, внутрь растительное масло). Диспансерное наблюдение: после перенесенной радикальной операции в течении 1-1,5 лет. В период реабилитации – электростимуляция прямой кишки, регулярно очистительные клизмы в одно и тоже время суток, прием неостигмина метилсульфата, тренировка анального сфинктера, лечебная гимнастика.

Задача № 31

В возрасте 21 дня отмечено ухудшение в состоянии ребенка, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава. Вес ребенка 3600. Ан. крови: Лейкоцитоз 12500,

палочкоядерные -4, сегментоядерные -26, эозинофилы -0, лимфоциты -60, моноциты-8, СОЭ - 22.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечения. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показано наложение повязки типа Дезо, УВЧ. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности штамма стафилококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней рентгенография плечевой кости. Остеомиелит – гнойно-некротическое поражение костного мозга с последующим вовлечением в процесс других анатомических стр-р кости. Процесс м.б. *первичным* (на фоне видимого благополучия; возбудитель - стафилококк), либо *вторичным* (на фоне текущего инфекционного процесса; возбудитель – Gr- флора: клебсиелла, кишечная, синегнойная палочка). **Патогенез.** Инфекция попадает в метафиз кости гематогенным путем => развивается воспалительный процесс => распространяется на ростковую зону и эпифиз, располагающиеся внутри сустава => клинические симптомы обусловлены развитием артрита. Большую роль в развитии данного заб-я играют АФО строения и кровоснабжения костей: развитая сеть кровеносных сосудов, автономность кровоснабжения эпифиза, метафиза и диафиза, большое количество мелких разветвлений сосудов, идущих радиарно через эпифизарный хрящ к ядру окостенения. **Клиника.** Различают 3-и основные формы: 1) *токсическая* (адинамическая) – протекает бурно с явлениями эндотоксического шока с потерей сознания, бредом, повышением температуры до 40-41 град.С, м.б. судороги, рвота, т.е. общие клинические симптомы преобладают, а выявить местные признаки удастся лишь спустя некоторое время – умеренный отек пораженной обл-ти, болевая контрактура прилежащего сустава, повышение местной t, м.б. усиление кожного венозного рисунка. 2) *септико-пиемическая* – протекает с септическими явлениями, повышением t до 39-40 град.С, явления интоксикации, бред, эйфория, но местные изменения можно выявить раньше, т.к. с первых дней заб-ния появл-ся боль в пораженной конечности. 3) *местная* – преобладают местные симптомы воспаления – на фоне благополучия возникает резкая боль в конечности, вынужденное положение конечности, стойкая контрактура сустава, повышение t до 39-40 град.С. **Диагностика.** 1) осмотр (резко выраженная локальная болезненность при пальпации, особенно при перкуссии над местом поражения); 2) определение внутрикостного давления (будет внутрикостная гипертензия); 3) радионуклеидное сканирование костей с последующей компьютерной обработкой данных; 4) ОАК (лейкоцитоз 30-40х10⁹/л, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ до 60 мм/час); 5) рентген (уже на 8-10 день видны симптомы – утолщение мягких тканей на стороне поражения, расширение суставной щели, легкая периостальная р-ция; очаги деструкции можно выявить на 3 нед от начала заб-я; о степени разрушения эпифиза можно судить лишь после появления ядра окостенения, чаще всего поражаются дистальный и проксимальный концы бедренной кости, проксимальный конец плечевой и большеберцовой кости). При попадании инф-ции в синовиальную оболочку сустава возникает гнойный артрит (без вовлечения костей), тогда на рентгене увеличение суставной щели за счет выпота, раньше появляется и более выражена контрактура сустава. При пункции гнойный выпот в большей степени, чем при остеомиелите. **Лечение.** А/б направленного спектра д-я – оксациллин + нетилмецин, цефалоспорины + ванкомицин, рифампицин. Дезинтоксикационная терапия. Иммунотерапия – гипериммунная стафилококковая плазма, Ig человеческий нормальный, антистафилококковый гамма-глобулин. Иммобилизация с помощью вытяжения по Шеде (на нижние конечности) и повязки Дезо (на верхние конечности). Хирургические манипуляции в области ростковой зоны и гипсовые лангеты у новорожденных не применяются. При артрите – пункция с удалением выпота и последующем введении а/б. При локализации процесса в проксимальном эпифизе бедренной кости, после стихания

острого процесса применяют повязки-распорки (для профилактики патологического вывиха бедра). **Диспансерный учет.** После выписки контрольные осмотры с рентгеном 1 раз в 2 мес. При подострой стадии – повтор иммуностимулирующего леч-я, УВЧ-терапия 15 сеансов, десенсебилизирующая терапия 14 дн., а/б 14 дн., анаболические гормоны 21 день, белковая диета, разработка сустава. При хр. ст. эту терапию продолжают, а при необходимости – операция, госпитализация.

Задача № 32

Ребенок родился с массой 2600 от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 10-12 неделе. В родах многоводие. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения отмечается обильное выделение пенистой слюны. При осмотре через 12 часов после рождения состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой средне-ключичной линии. ЧСС – 152 в мин. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Атрезия пищевода, трахео-пищеводный свищ. Показана обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях с введением зонда в оральный конец пищевода. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Атрезия пищевода – тяжелый порок развития, при котором верхняя часть пищевода заканчивается слепом, а нижняя часть чаще всего сообщается с трахеей. **Диагностика:** 1) клиника; 2) катетеризация пищевода тонким уретральным катетером с закругленным концом (через катетер отсасывают слизь, а воздух, введенный в слепой конец пищевода с шумом выделяется из носоглотки – «+» симптом эленфата (слона)); 3) Rg (катетер введен – на Rg-грамме он отчетливо виден в слепом отрезке пищевода, наличие воздуха в жел-ке и к-ке указывает на свищ между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода. О длине диастаза между концами пищевода можно судить по боковой Rg-грамме). Если у реб-ка выявлены также пороки позвоночника, атрезия ануса, пороки развития почек, сердца, то такое сочетание пороков обозначают аббревиатурой VACTER => необходимо обследовать. **Лечение:** раннее оперативное вмешательство. Сначала: 1) аспираторное содержимое носо- и ротоглотки каждые 15-20 мин; 2) оксигенотерапия; 3) полное исключение кормления через рот; 4) прямая ларингоскопия с катетеризацией трахеи и аспирацией содержимого из дыхательных путей; 5) бронхоскопия или интубация трахеи с тщательной аспирацией. При свищевой форме целесообразно начинать с торакотомии и разделения трахеопищеводного свища; если диастаз между концами пищевода не более 1,5-2 см, то накладывают прямой анастомоз, если превышает – накладывают шейную эзофагостомы и гастростому по Кадеру. После операции – кормление через зонд, на 6-7 сут исследуют состоятельность анастомоза (под Rg-ким контролем через рот вводят 1-2 мл контрастного в-ва), через 2-3 нед проводят контрольную ФЭГС, если сужение пищевода выявл-ся – бужирование. После эзофаго- и гастростомии детям в воз-те от 2-3 мес до 3 лет выполняют пластику пищевода толстокишечным трансплантатом.

Задача № 33

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100, заплакал сразу. Через 5 минут после рождения развился приступ асфиксии, переведен на искусственную вентиляцию легких. При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа – пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление,

участками - коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин., выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень под краем реберной дуги. Меконий отошел.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Классификация заболевания.

ОТВЕТ: Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа. Показана рентгенография грудной клетки. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Диафрагмальные грыжи – перемещение органов брюшной полости в гр. клетку через дефект в диафрагме. **Классификация:** 1) истинные (стенки мешка состоят из серозных покровов – брюшинного и плевральных листков); 2) ложные (существует сквозное отверстие в диафрагме, образующееся в рез-те недоразвития плевроперитонеальной перегородки или из-за разрыва ее вследствие перерастяжения. По происхождению и локализации: 1) врожденные диафрагмальные грыжи: а) диафрагмально-плевральные (ложные и истинные); б) парастеральные; в) френоперикардальные; г) грыжи пищевого отверстия; 2) приобретенные грыжи – травматические. **Клиника.** Ведущие два симптомокомплекса – сердечно-легочные нарушения (сопровождающиеся внутригрудным напряжением) и желудочно-пищеводный рефлюкс (при грыже пищевого отверстия). **Диагностика:** 1) рентген (при диафрагмально-плевральных грыжах – кольцевидные просветления над всей левой половиной грудной клетки, обычно имеющие пятнистый рисунок; хар-на изменчивость положения и форм участков просветления и затенения – если сравнивать 2 рентгенограммы, сделанные в разное время; смещение органов средостения и сердца. При истинных грыжах удастся проследить верхний контур грыжевого мешка, ограничивающий пролабировавшие петли к-ка в гр. пол-ть; 2) контрастирование ЖКТ с сульфатом бария (для дифф. диагностики с пневмокистозом легкого и ограниченным пневмотораксом). **Лечение:** оперативное – низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта диафрагмы при ложных диафрагмальных грыжах и пластика диафрагмы при истинных. Предоперационная подготовка: декомпрессия жел-ка катетером, назотрахеальная интубация, перевод реб-ка на ИВЛ с положительным давлением на выдохе, которое д.б. min – не более 20 мм.рт.ст.

Задача № 34

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Закрытый родовой перелом правой бедренной кости. Показано обезболивание, иммобилизация и перевод в хирургическое отделение. Выполняется рентгенография бедренной кости. Показано наложение липкопластырного вытяжения по Шеде на 10-14 дней.

Задача № 35

Ребенок родился в срок с массой 2800. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При

зондировании желудка удалено до 40мл. застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2600.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения. Дифференциальная диагностика. Диспансерный учет.

ОТВЕТ: Атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство. Атрезия тонкой кишки – одна из частых форм врожденной КН. Для тонкой к-ки более хар-ны формы атрезии в виде фиброзного тяжа или полного разобщения слепых концов с дефектом брыжейки. **Клиника.** Симптомы низкой полной обтурационной КН – с рождения большой живот, мягкий, б/б, при аускультации перистальтика усилена, при промывании жел-ка застойное кишечное содержимое. **Диагностика:** рентген (обзорный снимок) – в верхнем этаже брюшной полости множественные ур-ни жидкости, нижние отделы живота затемнены. **Дифф. диагностика:** паретическая динамическая КН (возникает на фоне инфекционного токсикоза, хар-но ослабление перистальтики, на Rg – множественные ур-ни жидкости, кол-во газа превышает кол-во жидкости, динамическое Rg-контрастное обследование выявляет пассаж контрастного в-ва и позволяет снять диагноз: механическая КН). **Лечение.** Предпочтительно верхняя поперечная лапаротомия, которая позволяет обнаружить атрезированные концы к-ки и провести тщательную ревизию всего к-ка с целью исключения множественной атрезии. Обычно проводят резекцию примерно 10-12 см приводящей к-ки --> межкишечный анастомоз «конец в конец» и «конец в $\frac{3}{4}$ », либо накладывают Т-образный анастомоз однорядными П-образными швами атравматическими иглами. **Диспансерное наблюдение** до 3 лет.

Задача № 36

Ребенок родился в срок с массой 2500. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил. При осмотре на 2 сутки состояние ребенка тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 130 в мин. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2200.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Атрезия двенадцатиперстной кишки. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача № 37

Ребенок родился в срок с массой 3200. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. На 3 сутки состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с желчью. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 120 в мин. Живот запавший, умеренно напряженный, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Вес ребенка 3000.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ОТВЕТ: Синдром Ледда. Показана рентгенография брюшной полости в двух проекциях обзорная и с контрастным веществом через 40 минут после приема его через рот. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После кратковременной подготовки показано экстренное оперативное вмешательство.

Синдром Ледда – сочетание 2-х врожденных патологических состояний: 1) сдавление 12-ти п. к-ки эмбриональными тяжами брюшины; 2) врожденный заворот тонкой и правой половины толстой кишки вследствие незавершенного поворота кишечника. **Клиника:** симптомы высокой странгуляционной КН. **Диагностика:** рентген (затемнение брюшной полости с единственным ур-нем жидкости и газовым пузырем в проекции жел-ка). **Лечение:** оперативное – направлено на устранение заворота и рассечение эмбриональных тяжей брюшины – операция Ледда.

Задача 38

Воспитатель детского комбината привела двухлетнюю девочку к педиатру данного дошкольного учреждения и сообщила, что у ребенка "не работает и болит правая ручка в локотке". Из анамнеза известно, что 10 минут назад во время прогулки она держала девочку за кисть, но девочка поскользнулась и "повисла" на руке женщины. Объективно педиатр выявил, что деформации и отека правого локтевого сустава нет, но рука полусогнута в локте с пронационной установкой предплечья. Движения правого предплечья, особенно супинационно-пронационные, ограничены, болезненны. Треугольник Гютера и признак Маркса не нарушены. Циркуляторных и неврологических расстройств в правой кисти нет.

1. Клинический диагноз?
2. Первая врачебная помощь?
3. Какие анатомо-физиологические особенности predispose к данному повреждению?
4. Врачебная тактика педиатра?
5. Рекомендации персоналу?

Ответ:

1. Клинический диагноз: Подвывих головки лучевой кости
2. К поврежденному локтю следует приложить ледяной компресс или полотенце, смоченное в холодной воде. А если боль очень сильная, тогда пострадавшему можно дать болеутоляющий препарат (Парацетамол либо Ибупрофен). Если диагноз "подвывих головки лучевой кости" подтвержден, опытный травматолог сможет без промедлений легко вправить руку закрытым способом. Эта процедура не требует обезболивания, родителям следует просто отвлечь ребенка от процесса вправления, чтобы не нервировать его. Закрытый способ предполагает следующий алгоритм действий. Вначале врач осторожно отводит предплечье, которое фиксируется его помощником. Затем сгибает локоть ребенка под прямым углом. Одной рукой специалист охватывает кисть пострадавшей руки (как при рукопожатии), хорошо фиксируя запястье, другой – держит локоть, контролируя большим пальцем головку лучевой кости. После чего делается движение супинации (полного разворота руки). Если все прошло успешно, контролирующий палец врача "услышит" легкий хруст или щелчок. В этот момент наверняка возникнут болевые ощущения, которые практически сразу же уйдут, а ребенок почувствует облегчение. Через некоторое время он совсем забудет о проблеме с рукой и будет спокойно ею пользоваться.

3. В отличие от анатомического строения головки лучевой кости взрослого человека, у детей этот фрагмент кости представляет собой хрящевую ткань округлой формы. Таким образом, существует физиологическая предрасположенность ребенка к подвывиху руки, ведь даже при небольшом резком движении головка кости может свободно выскользнуть из кольцевой связки. При этом возможен даже разрыв некоторых молодых волокон связочных тканей. Кроме того, мышцы ребенка недостаточно развиты, а суставная сумка очень тонкая.

Задача 39.

Учитель физкультуры привел к школьному врачу мальчика 12 лет с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника. Учителя насторожило изменение в поведении школьника. Он был необычно малоподвижным на уроке, отказывался прыгать и бегать, жалуясь на появление боли в спине. Педиатр выяснил из анамнеза, что 2 суток назад мальчик спрыгнул с крыши гаража (высотой около 2 метров) на выпрямленные ноги и почувствовал боль между лопатками. В течение приблизительно 1 минуты ему было «трудно дышать». Встал и вернулся домой самостоятельно. Мальчик скрыл от родителей факт травмы и продолжал посещать школу.

1. Клинический диагноз?
2. Какие физикальные методы исследования целесообразно использовать?
3. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
4. Какие возможны повреждения с учетом данного механизма травмы?
5. Врачебная тактика педиатра?
6. Первая врачебная помощь?
7. Какие анатомо-физиологические особенности предрасполагают к данному повреждению?

Ответ:

1. Компрессионный перелом позвоночника
2. В качестве основных исследований назначается рентгенография пораженного отдела позвоночника и [магнитно-резонансная томография](#). может быть информативным радионуклидное сканирование костей, оно помогает выявить скрытые переломы грудины и позвонков
3. опухоли, остеоартроз, спондилоартроз, сколиоз
4. клиновидная деформация различной степени, сползание замыкательной пластины с образованием клиновидного выступа, ступенчатая деформация передней поверхности тела позвонка, нарушение топографии межсегментарной борозды, увеличение межпозвонкового пространства, образование кифотических искривлений позвоночника вследствие смещения заднего отдела тела позвонка в позвоночный канал, подвывих в межпозвонковых суставах.
5. 6. Больного укладывают на спину на жесткую постель (под матрац подкладывают деревянный щит), головной конец кровати приподнимают на 25—30 см с помощью подставок. За обе подмышечные впадины подводят ватно-марлевые лямки, к которым фиксируют груз (рис. 8-40). При повреждениях шейной или верхнегрудной части позвоночника (до IV грудного позвонка) вытяжение осуществляют с помощью Петли Глиссона.
6. 7. в телах верхних и средних грудных позвонков костные балки расположены преимущественно вертикально и имеют короткие горизонтальные анастомозы, в то время как в телах нижних грудных позвонков сеть вертикальных балок тесно переплетается с не менее хорошо выраженной сетью горизонтальных балок, что и придает телам нижних грудных позвонков большую прочность. Наконец, тела средних грудных позвонков расположены на вершине физиологического грудного кифоза. Эти три анатомические предпосылки - меньшая высота межпозвонковых

дисков, архитектура тел позвонков, расположение на высоте кифоза - и являются причиной наиболее частых переломов тел средних грудных позвонков.

Задача 40.

У новорожденного мальчика в возрасте трех дней, родившегося в тазовом предлежании, при пассивном отведении бедер выявляется "щелчок" в правом тазобедренном суставе. Из анамнеза известно, что семейная наследственность неотягощена, заболеваний в период беременности у матери не было.

1. Клинический диагноз?
2. Объясните генез данного симптома.
3. Возможные дополнительные методы исследования? Врачебная тактика неонатолога.
4. Рекомендации родителям

Ответ:

1. Врожденный вывих бедра
2. Генез: К факторам, способствующим реализации анатомических предпосылок к вывиху бедра, относят недоразвитие вертлужной впадины, слабость связочно-мышечного аппарата тазобедренного сустава, начало ходьбы, приводящее к включению качественно новых механизмов, способствующих возникновению самой тяжелой формы патологии — вывиху бедра.
3. Рентгенологическое и ультразвуковое обследование тазобедренного сустава ребенка для подтверждения диагноза. Возможна также консультация детского [хирурга](#), [ортопеда](#). Симптомы дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Тазобедренные суставы расположены достаточно глубоко, покрыты мягкими тканями и мощными мышцами. Непосредственное исследование суставов затруднено, поэтому патологию выявляют, в основном, на основании косвенных признаков.
 - **Симптом щелчка (симптом Маркса-Ортолани)**
Выявляется только у детей в возрасте до 2-3 месяцев. Малыша укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем аккуратно сводят и разводят. При нестабильном тазобедренном суставе происходит вывихивание и вправление бедра, сопровождающееся характерным щелчком.
 - **Ограничение отведения**
Выявляется у детей до года. Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем без усилия разводят в стороны. У здорового ребенка угол отведения бедра равняется 80–90°. Ограничение отведения может свидетельствовать о дисплазии тазобедренного сустава.
Следует учитывать, что в некоторых случаях ограничение отведения обусловлено естественным повышением мышечного тонуса у здорового ребенка. В этой связи большее диагностическое значение имеет одностороннее ограничение отведения бедер, которое не может быть связано с изменением тонуса мышц.
 - **Укорочение конечности**
Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают и прижимают к животу. При односторонней дисплазии тазобедренного сустава выявляется несимметричность расположения коленных суставов, вызванная укорочением бедра на пораженной стороне.
 - **Асимметрия кожных складок**
Ребенка укладывают сначала на спину, а затем на живот для осмотра паховых, ягодичных и подколенных кожных складок. В норме все складки симметричны. Асимметрия является свидетельством врожденной патологии.

- **Наружная ротация конечности**

Стопа ребенка на стороне поражения вывернута кнаружи. Симптом лучше заметен, когда ребенок спит. Необходимо учитывать, что наружная ротация конечности может выявляться и у здоровых детей.

- **Другие симптомы**

У детей в возрасте старше 1 года выявляется нарушение походки («утинная походка», хромота), недостаточность ягодичных мышц (симптом Дюшенена-Тренделенбурга) и более высокое расположение большого вертела

4. Лечебная гимнастика при дисплазии тазобедренных , Физиотерапия

- Со второго-третьего дня лечения применяем УВЧ-терапию. Процедуры проходят каждый день по 6-10 минут (5-7 воздействий).

- Со второй недели суставы с дисплазией должны попасть под воздействие переменного магнитного поля низкой частоты (седативное и общеукрепляющее действие, усиление метаболизма, кровообращения, питания тканей. Продолжительность - 10-20 минут, ежедневно, 15-20 сеансов).

- УФО на неоперированный сустав.

- витаминотерапия (витамины группы А, витамины В, С, Д и т.д.)

- электростимуляция ослабленных мышц.

- озокерит или парафин 3-4 раза сразу на коленный сустав оперированной ноги, а затем на тазобедренный сустав (30-40 минут, температура 40-45, каждый день, 20-25 процедур).

Задача 41.

На плановый диспансерный осмотр участкового педиатра центральной районной больницы обратилась девочка трех лет с хромотой на правую ногу. Из анамнеза известно, что она родилась в тазовом предлежании, начала ходить с 1,5 летнего возраста, отстает в физическом развитии от сверстников. Семья девочки живет в отдаленной деревне. Мать ребенка ранее к врачам не обращались. Педиатр объективно выявил гипотрофию и ограничение пассивного отведения правого бедра с укорочением этой же конечности на 3 см.

- Клинический диагноз?
- Объясните генез данных симптомов. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
- Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
- Возможные дополнительные методы исследования? Врачебная тактика педиатра.

Ответ:

1. Врожденный вывих бедра

2. Генез: К факторам, способствующим реализации анатомических предпосылок к вывиху бедра, относят недоразвитие вертлужной впадины, слабость связочно-мышечного аппарата тазобедренного сустава, начало ходьбы, приводящее к включению качественно новых механизмов, способствующих возникновению самой тяжелой формы патологии — вывиху бедра.

3. Рентгенологическое и ультразвуковое обследование тазобедренного сустава ребенка для подтверждения диагноза. Возможна также консультация детского хирурга, ортопеда. Симптомы дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Тазобедренные суставы расположены достаточно глубоко, покрыты мягкими тканями и мощными мышцами. Непосредственное исследование суставов затруднено, поэтому патологию выявляют, в основном, на основании косвенных признаков.

- **Симптом щелчка (симптом Маркса-Ортолани)**

Выявляется только у детей в возрасте до 2-3 месяцев. Малыша укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем аккуратно сводят и разводят. При нестабильном

тазобедренном суставе происходит вывихивание и вправление бедра, сопровождающееся характерным щелчком.

- **Ограничение отведения**

Выявляется у детей до года. Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают, а затем без усилия разводят в стороны. У здорового ребенка угол отведения бедра равняется 80–90°. Ограничение отведения может свидетельствовать о дисплазии тазобедренного сустава.

Следует учитывать, что в некоторых случаях ограничение отведения обусловлено естественным повышением мышечного тонуса у здорового ребенка. В этой связи большее диагностическое значение имеет одностороннее ограничение отведения бедер, которое не может быть связано с изменением тонуса мышц.

- **Укорочение конечности**

Ребенка укладывают на спину, его ножки сгибают и прижимают к животу. При односторонней дисплазии тазобедренного сустава выявляется несимметричность расположения коленных суставов, вызванная укорочением бедра на пораженной стороне.

- **Асимметрия кожных складок**

Ребенка укладывают сначала на спину, а затем на живот для осмотра паховых, ягодичных и подколенных кожных складок. В норме все складки симметричны. Асимметрия является свидетельством врожденной патологии.

- **Наружная ротация конечности**

Стопа ребенка на стороне поражения вывернута кнаружи. Симптом лучше заметен, когда ребенок спит. Необходимо учитывать, что наружная ротация конечности может выявляться и у здоровых детей.

- **Другие симптомы**

У детей в возрасте старше 1 года выявляется нарушение походки («утинная походка», хромота), недостаточность ягодичных мышц (симптом Дюшене-Тренделенбурга) и более высокое расположение большого вертела

4. Лечебная гимнастика при дисплазии тазобедренных, Физиотерапия

- Со второго-третьего дня лечения применяем УВЧ-терапию. Процедуры проходят каждый день по 6-10 минут (5-7 воздействий).

- Со второй недели суставы с дисплазией должны попасть под воздействие переменного магнитного поля низкой частоты (седативное и общеукрепляющее действие, усиление метаболизма, кровообращения, питания тканей).

Продолжительность - 10-20 минут, ежедневно, 15-20 сеансов).

- УФО на неоперированный сустав.

- витаминотерапия (витамины группы А, витамины В, С, Д и т.д.)

- электростимуляция ослабленных мышц.

- озокерит или парафин 3-4 раза сразу на коленный сустав оперированной ноги, а затем на тазобедренный сустав (30-40 минут, температура 40-45, каждый день, 20-25 процедур).

Задача 42.

К детскому ревматологу обратилась девочка 6 лет с жалобами на боль в правом коленном суставе, возникающую во второй половине дня. Сон и аппетит не нарушены, общее самочувствие удовлетворительное, температура тела нормальная. Каких-либо провоцирующих заболевание причин в анамнезе (травма, ОРВИ и пр.) у ребенка выявить не удастся. Объективно: ребенок развит соответственно возрасту. Ходит, слегка припадая на правую ногу. Обращает внимание небольшая гипотрофия правого бедра. Коленные суставы выглядят обычно, движения в них в полном объеме безболезненные. Длина конечностей одинаковая.

1. Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
2. Клинический диагноз?

3. Объясните генез данных симптомов.
4. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
5. Возможные дополнительные методы исследования?
6. Врачебная тактика педиатра.

Задача 43.

При первичном патронажном обследовании ребенка трех недельного возраста участковый педиатр обнаружил в левой надключичной области опухолевидное образование цилиндрической формы, неподвижное, плотноэластической консистенции в проекции нижней части левой кивательной мышцы. Отека, гиперемии и гипертермии над этим образованием нет. Голова ребенка слегка наклонена влево и повернута вправо. Состояние ребенка удовлетворительное. Температура тела нормальная. Сон и аппетит у ребенка не нарушены. Со слов матери течение родов и послеродового периода обычное.

1. Клинический диагноз?
2. Объясните генез данных симптомов.
3. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
4. Врачебная тактика педиатра.

Ответ:

- 1) Врожденная мышечная кривошея
- 2) Наибольшее количество сторонников нашла концепция врождённого порока развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Снижение эластичности и способствует травматизации мышцы в момент родов, особенно при ягодичном предлежании плода. При гистологических исследованиях на различных этапах заболевания выявлены атрофические, дистрофические, некробиотические процессы в мышечных волокнах с разрастанием соединительной ткани.
- 3) родовая травма грудино-ключичной мышцы, другие виды кривошеи, нейрогенная патология, воспалительные заболевания.
- 4) Назначить массаж шеи, физиотерапию (УВЧ, парафиновые аппликации), наблюдение.

Задача 44.

Врач специализированной педиатрической бригады скорой помощи прибыл на место дорожно-транспортного происшествия в черте города через 15 минут от момента вызова. Среди пострадавших оказался мальчик 11 лет. При клиническом исследовании у ребенка жалобы на сильную боль внизу живота, озноб, жажду, невозможность самостоятельно встать из-за резкого усиления боли в области правой половины таза. При физикальном исследовании обращала внимание наружная ротация правой ноги, общая аторможенность, бледность кожного покрова, болезненность и напряжение мышц живота в гипогастрии, гематома промежности и мошонки. Из наружного отверстия уретры выделялись капли свежей крови. Ребенок не может поднять правую выпрямленную ногу. Артериальное давление 90 на 50 мм рт. ст., пульс – 120 в минуту слабого наполнения. Место аварии расположено в 10 минутах езды до ближайшего взрослого хирургического отделения и 25 минутах езды - до специализированного детского травматологического отделения.

1. Клинический диагноз?
2. Какие физикальные методы исследования целесообразно использовать?
3. Какие возможны повреждения с учетом данного механизма травмы?
4. Врачебная тактика педиатра?
5. Объем врачебной помощи силами бригады скорой помощи?
6. Куда транспортировать пострадавшего?
7. Каковы особенности транспортировки пострадавшего?
8. Какие анатомо-физиологические особенности predispose к данному повреждению?

Ответ:

- 1) Перелом таза (седалищная и возможно лонная кости)

- 2) Симптомы, наблюдаемые при переломах костей таза — усиление боли при сдавлении гребней подвздошных костей (симптом Вернея), при растяжении таза за гребни подвздошных костей (симптом Ларрэ), при сдавлении в вертикальном направлении от гребня подвздошной кости к седалищному бугру (симптом Мыша), появление болевых ощущений при осторожном ритмичном надавливании на крестец кончиками пальцев подведённой под него руки (симптом «баллотирования крестца» Драчука). Независимо от возраста характерен симптом «прилипшей пятки», описанный В.В. Гориневской: лежащий на спине больной не может поднять вытянутую ногу из-за возникающей и усиливающейся боли от давления сокращающейся подвздошно-поясничной мышцы на сломанную кость.
- 3) значительные забрюшинные кровоизлияния, повреждения органов малого таза. Повреждаются уретра или мочевого пузырь, реже — прямая кишка, влагалище. Повреждение мочеиспускательного канала происходит в основном у мальчиков, разрыв локализуется в перепончатой части, в месте прохождения уретры под лонным сочленением, около шейки мочевого пузыря. Разрыв мочевого пузыря.
- 4) 5. Обезболить, правильно транспортировать
- 5) 6. Транспортировать больного следует уложив на ровную твердую поверхность, ноги согнуть в коленях и бедра несколько развести в стороны, а под колени наложить тугий валик из подушки, одеяло, одежды и т. д. высотой 25-30 см. Транспортировать пострадавшего на носилках или твердом щите на спине. Ноги зафиксировать.
- 6) 7. Слабость связочного аппарата в лонном и крестцово-подвздошном сочленениях ; наличие хрящевых прослоек, разделяющих все три тазовые кости (подвздошные, седалищные и лобковые); эластичность тазового кольца, связанная с гибкостью костей. Всё это способствует тому, что у детей, например, вместо типичного двустороннего вертикального перелома подвздошных костей, наблюдаемого у взрослых, происходят разрыв и разъединение подвздошно-крестцового сочленения, в основном на одной стороне.

Задача 45

К детскому эндокринологу обратился мальчик 13 лет с ожирением и жалобами на повышенную усталость и боль в области левого коленного сустава и нижней трети левого бедра, возникающие после физической нагрузки. Сон и аппетит не нарушены, общее самочувствие хорошее, температура тела нормальная. Ранее мальчик считал себя здоровым. Боль в ноге появились около одного месяца назад, когда будучи с классом на сельскохозяйственных работах, мальчик держал в руках ящик с морковью и повернулся, чтобы передать его товарищу. При этом почувствовал резкую боль в левом паху и по ходу бедра. Объективно: ожирение 1-2-ой степени; ходит, прихрамывая на левую ногу; в положении лежа левая нога избыточно ротирована кнаружи; коленные суставы симметричные с полным объемом движений и без выпота; левое бедро гипотрофично.

1. Какие физикальные тесты надо дополнительно применить?
2. Клинический диагноз?
3. Объясните генез данных симптомов.
4. С какими заболеваниями целесообразна дифференциальная диагностика?
5. Возможные дополнительные методы исследования?
6. Врачебная тактика эндокринолога

Ответ:

1) При обследовании больного в положении лёжа выявляют наружную ротацию поражённой конечности, увеличение амплитуды наружной и уменьшение внутренней ротации. При сгибании в тазобедренном и коленном суставах последний смещается кнаружи от сагиттальной плоскости (симптом Гофмейстера). Сгибание в тазобедренном

суставе ограничено до 150-100° Отмечают относительное укорочение конечности на 1,5—2 см.

2) Юношеский эпифизиолиз головки бедренной кости

3) Причина юношеского эпифизеолиза головки бедренной кости — дисбаланс между гормонами роста и половыми гормонами. На фоне дефицита половых гормонов начинается чрезмерная активность гормона роста, в результате чего происходит снижение механической прочности проксимальной зоны бедренной кости. Ослабление костной структуры провоцирует смещение проксимального эпифиза бедра.

4) реактивная артропатия

5) Рентгенологическое подтверждение диагноза основано на том, что головка и шейка бедренной кости не находятся на одной линии.

6) лечение ожирения, коррекция питания, коррекция гормональных нарушений

Задача 46.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 6 месяцев через 8 часов от начала заболевания. Мать рассказала, что среди полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, сучит ножками. Стул был накануне нормальный. При ректальном исследовании появились выделения типа малинового желе. Ваш предварительный диагноз, тактика врача неотложной помощи и врача стационара.

Ответ:

Инвагинация. Показана пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью. При невозможности консервативного расправления – лапароскопия или лапаротомия.

Задача 47.

У девочки 13 лет в течение 3 дней отмечались боли в животе, повышение температуры, рвота. При осмотре ребенок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура 37,9. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 удара в 1 мин. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование 6 x 6 см. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен. Лейкоцитоз 16200. Ваш предварительный диагноз. Тактика врача – педиатра.

Ответ:

Острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Госпитализация, оперативное лечение.

Задача 48.

Ребенок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л. Ваш предварительный диагноз. Тактика лечения.

Ответ:

Портальная гипертензия, кровотечение из варикозных вен пищевода. Показано УЗИ органов брюшной полости. Контроль гемодинамических показателей. Консервативная гемостатическая терапия, попытка остановки кровотечения прижатием вен зондом с манжеткой. При неэффективности экстренная операция.

Задача 49.

Ребенок 7 лет поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, тошноту. Лейкоцитоз 5700. Подобные боли бывали и раньше. В процессе обследования диагноз острого аппендицита был исключен. Ваш дальнейший план обследования этого ребенка.

Ответ:

Синдром боли в животе. Показано обследование: УЗИ внутренних органов и почек, анализ крови, мочи.

Задача 50.

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 8-и лет, состояние которого внезапно ухудшилось, появилась рвота “кофейной гущей”. Живот мягкий безболезненный, пальпируется увеличенная селезенка. Ваш предварительный диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Портальная гипертензия. Показано УЗИ внутренних органов, контроль показателей гемодинамики. Консервативная гемостатическая терапия.

Задача 51.

Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с подозрением на острый аппендицит. Заболел остро с повышения температуры до 38,6, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 106 в мин. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования, диф. диагноз, тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на острый аппендицит, правостороннюю пневмонию. Показана экстренная госпитализация и обследование.

Задача 52.

Девочка 3 лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, температура 39,4, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вял, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре живот напряжен и болезнен во всех отделах. Симптом ЩеткинаБлюмберга положителен. Гиперемия зева и слизистых, мацерация и выделения из влагалища. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Криптогенный перитонит. Экстренная операция после кратковременной подготовки.

Задача 53.

Вы врач педиатр, вызваны к ребенку 3-х месяцев в связи с жалобами на вялость, слабость, плохой аппетит, частые срыгивания, отсутствие стула в течение 3 дней. В анамнезе: самостоятельного стула нет с рождения, только после клизмы. В последнее время стул получали с трудом. Живот увеличился в размерах. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Показана экстренная госпитализация, проведение инфузионной терапии, сифонных клизм, обследование – ирригография с бариевой взвесью.

Задача 54.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 14 дней в связи с отсутствием стула в течение последних двух суток. Появилось вздутие живота. Ребенок плохо ест, срыгивает. Родители не смогли выполнить очистительную клизму, так как не нашли анального отверстия. При осмотре девочки наружные половые органы сформированы правильно. Промежность испачкана каловыми массами. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия ануса, ректовестибулярный свищ. Показано УЗИ внутренних органов, почек, ирригография через свищ.

Задача 55.

Вы врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 7 лет по поводу сильных приступообразных болей в животе, повторной рвоты с примесью желчи. Стула не было 2 суток. В анамнезе в возрасте 3-х лет - аппендэктомия. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на спаечную кишечную непроходимость. Обследование ЖКТ с бариевой взвесью.

Задача 56.

В соматическом отделении находится ребенок 2 лет с двусторонней пневмонией. Несмотря на проводимое лечение у ребенка нарастает вздутие живота, рвота с примесью желчи, одышка. Стула не было 1,5 суток. При осмотре живот вздут, мягкий. Перистальтика кишечника вялая. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Динамическая паретическая кишечная непроходимость. Исследование электролитного состава крови. Проведение инфузионной терапии, стимуляции кишечника.

Задача 57.

Вы участковый педиатр осматриваете ребенка 6 лет с жалобами на склонность к запорам в течение последнего года и выделения алой крови в конце акта дефекации в последние два дня. Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

Ответ:

Полип прямой кишки. Показана колоноскопия.

Задача 58.

К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней. При 17 осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура 37,5. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

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

Задача 59.

К Вам обратились родители ребенка 28 дней с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, последняя свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребенка болезненны. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

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

Задача 60.

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

Ответ:

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

Задача 61.

Вы участковый педиатр. К Вам на прием обратились родители ребенка 3 месяцев, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видна периостальная реакция и очаг разращения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объеме безболезненные. Ваша тактика.

Ответ:

Здоров, показано наблюдение, через месяц провести контрольный анализ крови и рентгеновский снимок бедренной кости.

Задача 62.

К Вам обратился ребенок 9 лет. Заболел пять дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура до 39. При осмотре обнаружен отек и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на острый гематогенный остеомиелит костей голени. УЗИ, анализ крови. Экстренное оперативное лечение.

Задача 63.

У ребенка 12 лет периодически возникают боли в околопупочной области, выделения темно-вишневой крови из прямой кишки во время дефекации. Стул ежедневный оформленный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Кровоточащий Меккелев дивертикул. Необходимо выполнить радиоизотопное исследование. Показана лапароскопия, удаление дивертикула.

Задача 64.

У ребенка 3 лет появились жалобы на выделение алой крови в процессе дефекации. Стул оформленный со склонностью к запорам. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения

Ответ:

Полип прямой кишки. Рекомендуется ректороманоскопия, удаление полипа. 20. Выпадение слизистой прямой кишки. Необходимо вправление пальцами руки, смоченными вазелином. Профилактика заключается в нормализации стула, дефекация только в положении лежа.

Задача 65.

У ребенка 1,5 лет после перенесенной кишечной инфекции во время дефекации из ануса выпала слизистая прямой кишки. Ваш предварительный диагноз. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе. Программа лечения, направленная на профилактику повторных выпадений.

Ответ:

Выпадение слизистой прямой кишки. Необходимо вправление пальцами руки, смоченными вазелином. Профилактика заключается в нормализации стула, дефекация только в положении лежа.

Задача 66.

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

Ответ:

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

Задача 67.

Ребенок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией. Роды в срок, многоводные. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 3000г. Приложен к груди на вторые сутки, сосал активно, но обильно срыгивал молоком сразу после кормления. В первые сутки был скудный стул (слизь, окрашенная в зеленый цвет), в

последующие дни стула не было. С увеличением объема кормления усиливалась рвота молоком, быстро нарастала потеря массы тела. В возрасте 4 дней состояние ребенка тяжелое, вял, адинамичен, тургор тканей снижен. Кожные покровы бледные, мраморные. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, частота до 160 в мин. Живот мягкий, запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл молока без примесей. Ампула прямой кишки пустая. Масса тела на 4-е сутки - 2460, рН - 7,51, рСО₂ - 34,6, ВЕ - +4,5, Нб - 180 г/л, Нт - 75%, На плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л. Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия двенадцатиперстной кишки выше Фатерова сосочка. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Инфузионная терапия с коррекцией водно-электролитных нарушений в качестве предоперационной подготовки.

Задача 68.

В отделении патологии новорожденных лечился ребенок 26 дней по поводу омфалита и пиодермии. Двое суток назад обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Местное и общее лечение.

Ответ:

Острый гематогенный остеомиелит проксимального метэпифиза правой плечевой кости. Общий анализ крови, СОЭ. На 10 сутки рентгенография правой плечевой кости.

Задача 69.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3600. Сразу после рождения в подчелюстной области и на шее обнаружено опухолевидное образование 6х5 см. тестоватой консистенции, неподвижное, безболезненное. Общее состояние удовлетворительное, по внутренним органам патологии не выявлено. Ваш диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Лимфангиома подчелюстной области. Показана рентгенография грудной клетки. Оперативное лечение.

Задача 70.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен. Возраст 1 сутки. рН - 7,32, рСО₂ - 36, ВЕ - -4, Нб 220 г/л, Нт - 65%. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показано УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, Эхо-кардиография. Оперативное лечение после предоперационной подготовки

Задача 71.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов с массой 3600. До 1,5 месяцев ничем не болел. Заболевание началось остро с насморка и кашля, беспокойства, температуры до 38, одышки до 54 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание с большим количеством влажных хрипов с обеих сторон. На рентгенограмме - с двух сторон неравномерная пневмотизация легких, усиление бронхососудистого рисунка. На фоне проводимого лечения улучшилось общее состояние, стихли катаральные явления, но отмечено нарастание одышки до 80 в мин. Перкуторно слева в средних и нижних отделах определяется коробочный звук. Аускультативно слева в верхних отделах - дыхание

жестковатое, в нижних - не проводится, справа - жестковатое с умеренным количеством хрипов. Сердечные тоны громкие, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Не лихорадит. Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на напряженную кисту нижней доли левого легкого. Показана рентгенография в двух проекциях. Бронхоскопия. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 72.

На 8 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка. Выражен токсикоз, температура 37,8, сосет вяло, срыгивает молоком, живот вздут, мягкий, безболезненный, стул частый жидкий с примесью слизи и зелени. В пояснично-крестцовой области обнаружен участок гиперемии и инфильтрации мягких тканей размером 8х6 см. Кожа горячая на ощупь, отечная, пальпация резко болезненна. На теле обнаружены единичные гнойничковые элементы, пупочная ранка широкая с фибринозными наложениями. Вес ребенка на момент осмотра 3200г. Общий анализ крови: лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -8, сегментоядерные -28, эозинофилы -2, лимфоциты 58, моноциты -10, СОЭ 6. Ваш предварительный диагноз. План обследования, дифференциальный диагноз. Тактика лечения.

Ответ:

Некротическая флегмона новорожденный пояснично-крестцовой области, пиодермия, омфолит, дисбактериоз кишечника. Локализованная инфекция с токсикозом. Общий анализ крови и мочи, посевы. Оперативное лечение флегмоны.

Задача 73.

На 5 сутки жизни отмечено значительное ухудшение в состоянии ребенка, выражен токсикоз, температура 38,8. Ребенок вял, кожные покровы мраморные с сероватым оттенком. При обследовании обнаружена гиперемия кожи нижней части живота с переходом на промежность и бедра. Кожа горячая, деревянистой плотности, пальпация резко болезненна. Ребенок за сутки потерял в весе 120 г. Вес ребенка на момент осмотра 2800. Общий анализ крови: лейкоцитоз 16300, палочкоядерные -32, сегментоядерные - 51, эозинофилы -0, лимфоциты - 11, моноциты -6, СОЭ - 6. Ваш предварительный диагноз. План обследования, лечение.

Ответ:

Рожистое воспаление. Локализованная инфекция с токсикозом. Местное лечение: УФО, повязки с Томицидом, Левомиколом. Цефалоспорины парентерально с учетом чувствительности штамма стрептококка, инфузионная, симптоматическая терапия.

Задача 74.

При осмотре 4-дневного ребенка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6х7 см. Кожа в этой области цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не повышена, пальпация безболезненна. В течение 4-х часов наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребенок родился с массой 4200 от 1 беременности и затяжных родов. 22 Общий анализ крови: лейкоцитоз -9700, палочкоядерные -15, сегментоядерные - 38, эозинофилы - 3, лимфоциты - 32, моноциты - 12, СОЭ - 5. Поставить предварительный диагноз, провести дифференциальный диагноз, определить тактику лечения.

Ответ:

Асептический некроз подкожно жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений.

Задача 75.

Ребенок родился от 1-й нормально протекавшей беременности с массой тела 3600. Отмечена вторичная слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода. Наложены полостные щипцы. Закричал после введения в сосуды пуповины р-ров по Персианинову и масочной вентиляции легких в течение 5 минут. Через 20 минут возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими справа - коробочный звук, слева - притупление. Аускультативно - справа дыхание не выслушивается, слева - ослаблено, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны глухие, выслушиваются максимально громко по передней подмышечной линии слева, тахикардия до 200 в 1 мин. Живот мягкий, обычной формы, печень + 1 см, меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз. Тактика врача родильного дома.

Ответ:

Спонтанный напряженный правосторонний пневмоторакс. Показана немедленная плевральная пункция с удалением воздуха.

Задача 76.

Ребенок родился от первой нормально протекавшей беременности и родов, с массой 3600. Ранний период адаптации протекал без особенности. Находился на естественном вскармливании. Прибавил за месяц 700г. С месячного возраста ребенок начал срыгивать створоженным молоком 1-2 раза в день, затем появилась обильная рвота "фонтаном". Осмотрен педиатром в возрасте 1 месяца 10 дней, потеря веса за неделю 400г. Состояние тяжелое, вял, тургор тканей снижен, подкожно-жировой слой развит слабо. Во время осмотра была рвота "фонтаном" с примесью старой крови. Со стороны сердца и легких без особенности. Живот мягкий, вздут в эпигастрии, видна усиленная перистальтика желудка в виде "песочных часов". Вес ребенка 3700, рН-7,56, рСО₂, -38, ВЕ + 12, Нб - 112 г/л, Нт - 56%, Калий плазмы - 3,2 мэкв/л, Натрий плазмы - 135 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования на различных этапах (поликлиника, стационар). Тактика лечения.

Ответ:

Пилоростеноз. Показано: КЩС, УЗИ пилорического отдела желудка или фиброэзофагогастроскопия или рентгенологическое исследование желудка с контрастным веществом. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 77.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Через 6 часов после рождения отмечен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, при беспокойстве возникает общий цианоз кожных покровов. Частота дыхания до 80 в 1 мин. с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно слева - коробочный звук, справа - легочный. Аускультативно слева - дыхание резко ослаблено, справа - пуэрильное. 23 Сердечные тоны приглушены, до 160 в 1 мин., максимально громко выслушиваются по правой средне-ключичной линии. Живот обычной формы, мягкий, печень +2 см. Ваш предварительный диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Врожденная долевая эмфизема верхней доли левого легкого. Показана рентгенография грудной клетки, радиоизотопное исследование легких. Оперативное лечение.

Задача 78.

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с угрозой выкидыша в 8-12 недель, срочных родов с массой 3200. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. С первых суток сосал активно, но срыгивал с примесью желчи. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул скудными порциями. К 5-м суткам состояние ребенка ухудшилось, потерял в весе 300 г. Кожные покровы бледно-розовые, мраморные, тургор тканей снижен. Сердечные тоны приглушены, ритмичные с частотой до 132 в мин. Живот мягкий запавший. При зондировании желудка удалено до 60 мл. застойного содержимого,

окрашенного желчью. Из прямой кишки получен скудный стул. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Ответ:

Стеноз двенадцатиперстной кишки. Показано рентгенологическое обследование: обзорный снимок брюшной полости и два снимка в прямой и боковой проекции через 40 минут после дачи контрастного вещества через рот. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 79.

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша 8-12 недель, срочных родов, с массой 2300. Состояние ребенка на 2 сутки тяжелое, вял, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, пастозные. В легких дыхание пуэрильное до 56 в мин., хрипов нет. Тоны сердца до 160 в мин. приглушены. Живот значительно увеличен в размерах, безболезненный. С двух сторон в боковых отделах пальпируются опухолевидные образования 6х8 см. плотные, неподвижные. Печень +2см. При зондировании желудка получено 3мл желудочного содержимого без примесей, из прямой кишки получен меконияльный стул. КЩС: рН - 7,21, рСО₂ - 32, ВЕ - 8, Нb - 220г/л, Нt - 68%, мочевины - 12,5 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз. План обследования. Тактика лечения.

Ответ:

Синдром пальпируемой опухоли. Подозрение на двусторонний гидронефроз с значительным нарушением функции почек. Показано УЗИ внутренних органов, почек, мочеточников, мочевого пузыря. Цистоуретрография. Радиоизотопное исследование почек. Дальнейшее обследование и лечение зависит от диагноза. Терапия, направленная на лечение почечной недостаточности и коррекцию водно-электролитных нарушений.

Задача 80.

Ребенок родился от 1 беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 недель. Роды на 36 неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зеленые. Закричал слабо после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Масса тела 2200. Состояние после рождения расценено как тяжелое, вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипное, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Желтуха с 2-х суток. С 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью желчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошел в первые сутки, в последующие дни - стул меконияльный со слизью 2-3 раза, скудными порциями. Теряет в весе. 24 К 6-м суткам состояние ребенка ухудшилось, наросли явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено до 60 мл. Кожные покровы бледно-цианотичные, мраморные, тургор снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отечна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Вес ребенка 2150, рН- 7,21, рСО₂ - 38, ВЕ - 12, Нb-145 г/л, Нt- 68%, Натрий плазмы - 123 мэкв/л, Калий плазмы - 3,8 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз, план обследования. Тактика лечения, меры профилактики

Ответ:

Некротический язвенный энтероколит. Стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Инфузионная терапия, направленная на коррекцию водноэлектролитных нарушений и наблюдение в течение ближайших 2-4 часов. При отсутствии положительной динамики со стороны желудочно-кишечного тракта показана экстренная операция.

Задача 81.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, с массой 3500. Оценка по Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосал активно, стул меконеальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: беспокоен, стонет, не сосет, рвота с желчью. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком, мраморные, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие до 160 в мин. Живот резко вздут, болезненный, напряженный. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно - "печеночная тупость" не определяется. Стул и газы не отходят. Вес ребенка 3200, pH-7,21, pCO₂-40, BE- -13, Hb- 185г/л, Ht-68%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л. Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения.

Ответ:

Разлитой перфоративный перитонит. Показана пункция брюшной полости с декомпрессией. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 82.

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

Ответ:

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

Задача 83.

В возрасте 21 дня отмечено ухудшение в состоянии ребенка, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава. Вес ребенка 3600. Ан.крови: Лейкоцитоз 12500, палочкоядерные -4, сегментоядерные -26, эозинофилы -0, лимфоциты -60, моноциты-8, СОЭ - 22 . Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечения.

Ответ:

Острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показано наложение повязки типа Дезо, УВЧ. Антибактериальная терапия с учетом чувствительности штамма стафилококка, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней рентгенография плечевой кости.

Задача 84.

Ребенок родился с массой 2600 от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на 10-12 неделе. В родах многоводие. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. С рождения отмечается обильное выделение пенистой слюны. При осмотре через 12 часов после рождения состояние ребенка тяжелое. В легких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в мин. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой среднеключичной линии. ЧСС – 152 в мин. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия пищевода, трахео-пищеводный свищ. Показана обзорная рентгенография грудной клетки в двух проекциях с зондом в оральном конце пищевода. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 85.

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой 3100, закричал сразу. Через 5 минут после рождения развился приступ асфиксии, переведен на искусственную вентиляцию легких. При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с

втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа – пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками – коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин., выслушиваются максимально громко по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень под краем реберной дуги. Меконий отошел. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа. Показана рентгенография грудной клетки. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 86.

У новорожденного ребенка, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное с отведением положение правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Закрытый родовой перелом правой бедренной кости. Показано обезболивание, иммобилизация и перевод в хирургическое отделение. Выполняется рентгенография бедренной кости. Показано наложение липкопластырного вытяжения по Шеде на 10-14 дней.

Задача 87.

Ребенок родился в срок с массой 2800. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребенка средней тяжести, кожные покровы и слизистые розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны легких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено до 40мл. застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2600. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Задача 88.

Ребенок родился в срок с массой 2500. С рождения срыгивает с примесью зелени, меконий не отходил. При осмотре на 2 сутки состояние ребенка тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, тургор тканей снижен. В легких дыхание пуэрильное хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 130 в мин. Живот запавший, мягкий, безболезненный. Из прямой кишки отошли слизистые пробки серого цвета. Вес ребенка 2200. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Атрезия двенадцатиперстной кишки. Показана обзорная рентгенография брюшной полости в двух проекциях. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное лечение.

Задача 89.

Ребенок родился в срок с массой 3200. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное. На 3 сутки состояние ребенка резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с желчью. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, до 120 в мин. Живот запавший, умеренно напряженный, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. Вес ребенка 3000. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Синдром Ледда. Показана рентгенография брюшной полости в двух проекциях обзорная и с контрастным веществом через 40 минут после приема его через рот. Необходима оценка степени тяжести больного по данным лабораторных анализов. После кратковременной подготовки показано экстренное оперативное вмешательство.

Задача 90.

Вы врач неотложной помощи вызваны к ребенку 1,5 лет, который двенадцать часов назад случайно сделал глоток кипятка. Состояние больного тяжелое. Выражено слюнотечение. Отказывается от еды, мало пьет, мочится редко малыми порциями. Температура 38.5. На слизистой полости рта массивные фибриновые наложения. Ваш предварительный диагноз. Первая помощь на догоспитальном этапе. План обследования и лечения.

Ответ:

Ожог слизистой полости рта, подозрение на ожог пищевода кипятком. На догоспитальном этапе показана противошоковая терапия, профилактика отека подвязочного пространства. Госпитализация, консультация отоларинголога и внутриносочная новокаиновая блокада. Инфузионная терапия, мероприятия по снижению температуры тела, обезболивание. Фиброгастроскопия не показана.

Задача 91.

Ребенок 1,5 лет сделал глоток уксусной эссенции 30 минут назад. Вы врач скорой помощи осматриваете ребенка дома. Какие неотложные мероприятия необходимо провести. Какова дальнейшая тактика обследования и лечения. 29

Ответ:

Необходимо провести промывание желудка через зонд. Ввести обезболивающие и антигистаминные препараты, провести внутриносочную блокаду. Госпитализировать. Необходима консультация токсиколога, контроль диуреза и адекватности дыхания. Назначается инфузионная терапия. Фиброгастроскопия проводится через 4-5 дней. Тактика зависит от степени ожога.

Задача 92.

Вы педиатр поликлиники осматриваете ребенка 2 лет с жалобами на бледность, стойкое, не поддающееся коррекции снижение показателей гемоглобина до 90 г/л, периодические рвоты съеденной пищей. Ребенок родился с массой 3000г. С рождения часто срыгивал после еды, особенно в горизонтальном положении, плохо прибавлял в весе. На фоне консервативного лечения лечебными смесями срыгивания и рвоты стали редкими. После года несколько раз лечился по поводу Анемии неясной этиологии. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Желудочно-пищеводный рефлюкс-эзофагит. Показана фиброэзофагогастроскопия, pH – метрия и исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью на наличие рефлюкса. При ахалазии кардии показано консервативное лечение, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы – оперативное вмешательство.

Задача 93.

У мальчика с 6 лет, через несколько часов после еды периодически стала появляться рвота съеденной пищей. В настоящее время еду постоянно запивает водой. Ощущая дисфагию может вызывать рвоту во время еды. Рвотные массы кислого запаха не имеют. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на ахалазию пищевода. Показана фиброэзофагогастроскопия и исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью. При выявлении стеноза показано оперативное лечение.

Задача 94.

Вы доктор отделения недоношенных новорожденных детей лечите ребенка 14 дней, переведенного к Вам из родильного дома с диагнозом: “Начинающаяся асфиксия плода. Аспирационный синдром, недоношенность, внутриутробное инфицирование. Состояние ребенка тяжелое. В легких дыхание до 60 в мин. проводится с обеих сторон жесткое, с умеренным количеством влажных хрипов. Сердечные тоны ритмичные, до 150 в мин., выслушиваются в типичном месте. При кормлении молоком лежа на правом боку закашливается. Во время кормления через зонд приступов кашля не возникает. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на изолированный трахеопищеводный свищ. Показана бронхоскопия. После подготовки оперативное лечение.

Задача 95.

Мама с ребенком 4 недель пришла в поликлинику на контрольное взвешивание. Прибавка в весе составила 300г. При сборе анамнеза выявлено, что у ребенка частые срыгивания молоком после кормления особенно в горизонтальном положении. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на желудочно-пищеводный рефлюкс. Показана фиброэзофагогастроскопия и рН метрия, исследование пищевода и желудка с бариевой взвесью на рефлюкс. Необходимо начать консервативное лечение.

Задача 96.

Мальчик 7 лет в течение последних двух лет неоднократно лечился по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа в проекции нижней доли отмечается участок затемнения, примыкающий к средостению. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на секвестрацию нижней доли правого легкого. Показана бронхоскопия, томография, ангиография. Лечение оперативное

Задача 97.

Девочке 4 года. Год назад ребенок выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией ребенку была наложена гастростома для кормления. При осмотре ребенок гипотрофичен, с трудом глотает слюну. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Задача 98.

У мальчика 3 лет в анамнезе с рождения рецидивирующая пневмония. Отмечается постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Ребенок бледен, пониженного питания, Правая половина грудной клетки запавшая, в дыхании не участвует. Перкуторно над правой половиной грудной клетки укорочение легочного звука. Аускультативно слева дыхание пуэрильное, справа ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Средостение смещено вправо. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхоэктатическая болезнь, ателектаз слева. Показана рентгенография грудной клетки, бронхоскопия и бронхография. Лечение оперативное.

Задача 99.

К Вам, участковому педиатру, обратились родители девочки 5 лет с жалобами на постоянный, влажный кашель с выделением гнойной мокроты. Родители рассказали, что в возрасте 1,5 лет девочка аспирировала инородное тело (орех), которое было удалено при бронхоскопии из нижнедолевого бронха слева через три месяца после аспирации. При

аускультации слева в нижних отделах дыхание резко ослаблено, выслушиваются влажные хрипы. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхоэктазия нижнедолевого бронха слева. Ателектаз нижней доли. Показана рентгенография грудной клетки и бронхоскопия. Лечение оперативное.

Задача 100.

Ребенок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появилась одышка до 80 в мин., цианоз, кряхтящее дыхание. Температура 37,5. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа – коробочный звук, аускультативно здесь же – дыхание не прослушивается. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Деструктивная пневмония, осложненная пневмотораксом. Показана рентгенография грудной клетки и плевральная пункция.

Задача 101.

К Вам, участковому педиатру, обратились родители ребенка 7 лет с жалобами на частые приступы кашля. Температура нормальная. За 6 месяцев до этого ребенок впервые сильно закашлялся, гуляя по ржаному полю. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Инородное тело бронха. Показана ретгеноскопия грудной клетки и бронхоскопия.

Задача 102.

У ребенка 6 лет при профилактическом рентгенологическом исследовании обнаружили в реберно-позвоночном углу справа интенсивную тень овальной формы. Жалоб нет. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Нейрогенная опухоль заднего средостения. Показана рентгенография грудной клетки в двух проекциях, анализ мочи на катехоламины. Удаление опухоли.

Задача 103.

У ребенка 2 лет появились явления трахеобронхита, сухой кашель, временами одышка. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки патологии не найдено. При трахео-бронхоскопии определяется некоторое сужение трахеи в средней трети за счет выбухания в просвет мембранозного отдела. Ваш предварительный диагноз, дальнейший план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на двойную дугу аорты. Показано исследование пищевода с контрастным веществом. Лечение хирургическое.

Задача 104.

У ребенка 6 месяцев при рентгенологическом исследовании обнаружили в передневерхнем отделе средостения тень округлой формы. Жалоб нет. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на лимфому, тератому средостения. Показано УЗИ образования, рентгенография грудной клетки, томография. Анализ крови на альфа-фетопротеин. Лечение оперативное.

Задача 105.

У ребенка 6 месяцев появились явления трахеобронхита и дисфагии. При рентгенологическом исследовании пищевода с контрастным веществом определяется некоторое вдавление его передней стенки и некоторое разобщение трахеи и пищевода. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Бронхогенная киста средостения. Показана компьютерная томография. Лечение оперативное.

Задача 106.

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Ложный крипторхизм.

Задача 107.

Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кожа мошонки гиперемирована. Ваш диагноз и тактика

Ответ:

Перекрыт правого яичка. Показана экстренная операция.

Задача 108.

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

Ответ:

Варикоцеле. Плановое оперативное лечение.

Задача 109.

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

Ответ:

Двусторонний крипторхизм. Показана консультация эндокринолога и генетика. Оперативное лечение в 2 года. Лапароскопия для подтверждения абдоминальной формы.

Задача 110.

У девочки 1 месяца 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование 1,5 x 1 см. округлой формы, не вдавливающееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное. Ваш диагноз и тактика.

Ответ:

Невправимая паховая грыжа. Показано оперативное лечение.

Задача 111.

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

Ответ:

Ущемленная паховая грыжа. Показано экстренное оперативное лечение.

Задача 112.

У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное. Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Гипоспадия, меатальный стеноз. Рассечение наружного отверстия уретры. Пластика уретры после года.

Задача 113.

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

Ответ:

Сообщающаяся водянка оболочек яичка левого яичка. Осмотр после года.

Задача 114.

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

Ответ:

Пупочная грыжа. Рекомендуются массаж, лфк. Оперативное лечение в 6-8 лет при отсутствии эффекта.

Задача 115.

У девочки 6 лет при профилактическом осмотре обнаружено по средней линии на 3 см. выше пупочного кольца безболезненное выпячивание 0,5 x 0,5 см., легко вправляемое в брюшную полость, при этом определяется дефект апоневроза по средней линии 0,7 x 0,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения.

Ответ:

Грыжа белой линии живота. Оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 116.

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

Ответ:

Неосложненная пахово-мошоночная грыжа. Показано оперативное лечение в плановом порядке.

Задача 117.

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

Ответ:

Перекрыт гидатиды левого яичка. Показано экстренное оперативное лечение.

Задача 118.

Вы врач педиатр родильного дома. Внутриутробно, на 32 неделе, при ультразвуковом обследовании плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14мм. После рождения этот диагноз был подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения.

Ответ:

Подозрение на двусторонний гидронефроз. Показан перевод в хирургическое отделение. УЗИ почек, мочеточников, мочевого пузыря, цистоуретрография. В 3-4 недели инфузионная урография. Хирургическое лечение при подтверждении диагноза.

Задача 119.

У мальчика 3 лет постоянные жалобы на затрудненное, прерывистое тонкой струйкой мочеиспускание. В анализах мочи – лейкоциурия (20-30 в п/зр). Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Инфравезикальная обструкция. Показана УЗИ почек, микционная цистоуретрография, цистометрия для исключения нейрогенной обструкции. Необходимо исключить рубцовый фимоз и меатальный стеноз.

Задача 120.

Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечнолоханочной системы, видны расширенные мочеточники. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Двусторонний уретерогидронефроз. Показано экскреторная урография, цистография.

Задача 121.

У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При ультразвуковом обследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Мультикистоз левой почки. Показано оперативное лечение.

Задача 122.

Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз справа. Показана экскреторная урография, цистография, биохимическое исследование крови. Хирургическое лечение в зависимости от диагноза.

Задача 123.

У физически нормально развивающейся девочки 2 лет с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на удвоение почек. Показано полное урологическое обследование и хирургическое лечение.

Задача 124.

Девочка 3 лет часто жалуется на боли в правой половине живота. Периодически отмечается лейкоцитурия до 10-30 в п/зр. На УЗИ выявлено значительное расширение чашечнолоханочной системы справа, паренхима истончена, мочеточник не прослеживается. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз справа. Показано полное урологическое обследование. Выбор оперативного лечения зависит от степени сохранности функции почки.

Задача 125.

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивного течения пиелонефрита, но ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. На цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева. Показано полное урологическое обследование. Комплексная консервативная терапия, при отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача 126.

Проводя цистографию мальчику 6 месяцев, страдающему хроническим пиелонефритом, Вы обнаружили наличие расширенных извитых мочетчиков и увеличенных лоханок с двух сторон, расширение задней уретры. Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

Ответ:

Инфравезикальная обструкция, клапан задней уретры, двусторонний уретерогидронефроз. Показано полное урологическое обследование. Разрушение клапана. Выбор тактики лечения рефлюксирующего мегауретера.

Задача 127:

Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размером 12 x 8 x 5 см., туго эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. При ультразвуковом исследовании выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончения паренхимы. 37 Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Ответ:

Подозрение на гидронефроз слева. Показано полное урологическое обследование. Варианты оперативного лечения в зависимости от степени сохранности функции почки.

Задача 128.

Вы врач приемного отделения педиатрического соматического стационара. К Вам поступил ребенок 5 лет, который болен в течение недели ОРВИ. Получал амбулаторное лечение отхаркивающими средствами и внутримышечные введения пенициллина 2 раза в день. На 8 день заболевания состояние больного резко ухудшилось: ребенок стал вялым, гиподинамичным, стонет. Кожа стала бледной, отмечается цианоз носогубного треугольника. Появилась одышка (ЧД до 48 – 50 в мин). Температура тела – 39,4°С, лейкоцитоз – $18 \cdot 10^9$ /л. При перкуссии – слева притупление перкуторного звука с IV ребра вниз, границы сердца смещены вправо. Аускультативно – резкое ослабление дыхания слева.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Обоснуйте план обследования ребенка.
3. В чем ошибка участкового педиатра?
4. Напишите направление в рентген-кабинет.

ОТВЕТ

1. Острая бактериальная деструктивная левосторонняя пневмония, левосторонний экссудативный плеврит (вероятнее всего – пиоторакс).
2. Для подтверждения диагноза необходима рентгенография грудной клетки
3. Неправильно назначена антибактериальная терапия.
4. ФИО больного, дата направления, «Рентгенография грудной клетки в двух проекциях», подпись врача.

Задача 129.

Родители обратились с ребенком одного года с жалобами на отсутствие правого яичка в мошонке. Болеет с рождения. Кроме того, у ребенка при крике, натуживании появляется припухлость в правой паховой области, которое в покое исчезает. При осмотре никаких образований по ходу пахового канала, над лоном, на бедре не определяется. Левое яичко в мошонке, по своим параметрам в полтора раза превышает норму. При осмотре – ребенок по физическому развитию соответствует своему возрасту. Половой член обычных размеров. Общий анализ крови: Нb – 140 г/л, эритроциты 4,4 млн., тромбоциты 190 тыс., лейкоциты – $7,3 \cdot 10^9$ /л, п – 2, с – 76, э – 2, лимф. – 15, моноц. – 3 %, СОЭ 14 мм/час. Анализ мочи: без патологии.

1. Ваше мнение о диагнозе?

2. Какое обследование следует провести ребенку дополнительно?
3. Укажите срок начала лечения.
4. Какие осложнения могут развиваться в отсутствие лечения?

ОТВЕТ

1. Правосторонний крипторхизм (абдоминальная форма), правосторонняя паховая грыжа.
2. УЗИ органов брюшной полости и малого таза.
3. Возраст 1 – 2 года.
4. Нарушения сперматогенеза, озлокачествление неопущенного яичка.

Задача 130.

В районную поликлинику к педиатру пришли на прием родители с ребенком 4 лет с жалобами на отсутствие мочеиспускания в течение 8 часов. Ребенок с годовалого возраста жалуется на боли в животе. Полгода назад появилось частое болезненное мочеиспускание. Иногда обычным способом, стоя, помочиться не может. При этом мочится только «на корточках». Объективно: ребенок беспокоен, мечется. Верхушка мочевого пузыря определяется на уровне пупка. Во время попытки мочеиспускания мальчик хватается за половой член. При пальпации по ходу уретры в промежности определяется плотное образование 1,0*1,5 см.

1. Чем вызвано отсутствие мочеиспускания, анурией или острой задержкой мочи?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Какова лечебная тактика?
4. Если Вы считаете, что ребенок должен быть переведен в областную больницу, то, что необходимо сделать перед переводом ребенка в специализированный стационар?

ОТВЕТ

1. Острая задержка мочи.
2. Мочекаменная болезнь, камень уретры.
3. Удаление камня уретры в условиях специализированного детского хирургического стационара.
4. Надлобковая пункция мочевого пузыря.

Задача 131.

Мальчик 11 лет поступил в приемное отделение через 2 часа после того, как был сбит машиной. При поступлении общее состояние тяжелое, АД – 100/60 мм рт. ст. пульс 118 уд в мин., удовлетворительных качеств. При объективном осмотре: ребенок бледный, жалуется на боль в поясничной области слева. Там же кожные ссадины. При пальпации в данной области определяется тестоватое образование мягких тканей, резко болезненное, неподвижное. Поколачивание в поясничной области слева резко болезненно. Ребенок помочился в приемном отделении – моча окрашена кровью. Повреждения других органов и систем не обнаружено. Общий анализ крови: Hb – 110 г/л, цветной показатель крови 0,8, эритроциты 3,22 млн., тромбоциты 308 тыс., лейкоциты – $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 12%, с – 38%, э – 5%, моно. – 14%, лимф. – 30%, СОЭ 12 мм/час.

1. Ваше мнение о предположительном диагнозе?
2. Какие исследования необходимы ребенку по скорой помощи?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Травматический разрыв левой почки.
2. УЗИ, экскреторная урография, РКТ (при наличии).

3. Оперативное лечение – люмботомия и опорожнение урогематомы (гематомы); в зависимости от характера повреждения: ушивание разрыва с дренированием лоханки и околопочечного пространства или нефрэктомия.

Задача 132.

В стационар поступил ребенок 3 лет с приступообразными болями в области правой почки, сопровождающимися рвотой и подъемом температуры. Болен в течение года, частота приступов 2 раза в месяц. Длительность от нескольких часов до нескольких суток. Стихают после применения спазмолитиков и обезболивающих. Объективно правая почка не увеличена, болезненная. Симптом Пастернацкого положительный справа. Общий анализ крови: Hb – 145г/л, эритроциты 4,22 млн., тромбоциты 3,08 тыс., лейкоциты – $7,1 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм в час. Анализ мочи: белок (-), эритроциты – 10 – 15 в поле зрения, лейкоциты – 5 – 10 в поле зрения. После проведения консервативных мероприятий боли стихли и ребенку произведена обзорная и внутривенная урография. На обзорном снимке теней конкрементов нет. На внутривенных урограммах правая почка выделяет контрастное вещество замедленно. Имеется расширение лоханки правой почки. Со стороны левой почки патологии не обнаружено.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Какие лечебные мероприятия применяются при почечной колике?
3. Можно ли проводить рентген контрастное исследование до снятия почечной колики?

ОТВЕТ

1. Почечная колика справа, вызванная вероятнее всего мочекаменной болезнью (конкремент рентгеннегативен).
2. Введение спазмолитических, обезболивающих средств; местно – тепло на поясничную область.
3. Проведение данного исследования возможно, но при полном блоке поражённой почки оно может быть неинформативным.

Задача 133.

При обследовании ребенка 6 лет с патологией в общем анализе мочи (удельный вес – 1020, цвет мочи желтый, мутная; белок 0,66 ‰. лейкоциты сплошь покрывают поле зрения) при экскреторной урографии выявлено, что одна из почек не выделяет контрастное вещество. Какими причинами может быть вызвано отсутствие выделения контраста одной из почек?

1. Какими причинами может быть вызвано отсутствие выделения контраста одной из почек?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном случае?
3. Ваш предположительный диагноз?

ОТВЕТ

1. Нарушение клубочковой фильтрации вследствие гибели паренхимы почки.
2. УЗИ почек, ретроградная пиелография, РКТ почек.
3. Гидронефроз, поликистоз, мультикистоз.

Задача 134.

На прием к участковому педиатру пришла мать с ребенком 3 мес. Согласно выписке из роддома у девочки определялся положительный симптом Маркса-Ортолани слева. Было рекомендовано обратиться за консультацией к детскому ортопеду. Жалобы на асимметрию кожных складок. При осмотре выявляется ограничение отведения левого бедра, асимметрия кожных складок слева, укорочение левой нижней конечности.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Какое укорочение конечности может встречаться при этом заболевании?

3. Необходимо ли в данном случае рентгенологическое обследование тазобедренных суставов?

4. В каком положении ребенка производится рентгенологическое обследование?

ОТВЕТ

1. Врожденный вывих бедра слева.
2. Относительное.
3. Необходимо.
4. Бедра параллельны друг другу, голени свешены с края стола.

Задача 135.

В приемное отделение доставлена девочка 1 года, которая 3 часа назад выпила около 30 мл уксусной эссенции. Больная возбуждена, жалуется на боль во рту, за грудиной, в эпигастриальной области. Отмечается рвота с примесью крови, изо рта резкий запах уксуса. КОС – pH – 7,36, pO₂ – 82 мм рт ст, pCO₂ – 39 мм рт ст, BE – 4,8 Ед, глюкоза крови 5,6 ммоль/л, АЛaТ – 287 ммоль/л, АсaТ ммоль/л – 304, тимоловая проба – 3 ед, мочевины крови – 12 ммоль/л, креатинин – 0,08, амилаза крови – 6 мг/сек/л, общий белок – 65 г/л., Hb – 138 г/л, Ht – 0,42, лейкоциты крови – 9,0 * 10⁹/л. Анализ мочи: концентрированная, желтого цвета, уд.вес. – 1021, неизмененные и измененные эритроциты – 10- 15 в поле зрения, лейкоциты – 2 – 3 в поле зрения.

1. Ваш диагноз?

2. Ваши неотложные мероприятия?

3. Тактика предупреждения осложнений?

ОТВЕТ

1. Химический ожог пищевода.
2. Промывание желудка; внутрь жирогормональная смесь; гемостатики; антибактериальная терапия; в/в инфузия глюкозо-новокаиновой смеси.
3. Эзофагоскопия на 3-5 сутки после ожога. Бужирование пищевода с 7-го дня.

Задача 136.

Больной К., 5 лет, заболел 7 дней назад, когда родители мальчика заметили в правой паховой области припухлость, которая постепенно увеличивалась в размерах. Гипертермии родители не отмечали. Поведение мальчика не изменилось, беспокойства в течение 6 дней опухолевидное образование в паховой области ребенку не доставляло. На 7 день заболевания мальчик предъявил жалобы на умеренную болезненность в правой паховой области. При обращении к врачу поликлиники был поставлен диагноз правосторонняя паховая грыжа и больной направлен в хирургический стационар для планового хирургического лечения. В приемном отделении t 37,5⁰С. При осмотре выявлено, что припухлость в правой паховой области 3*5 см, плотной консистенции,

болезненная, с кожей не спаяна, подвижная. Кожа над припухлостью не изменена. В брюшную полость припухлость не вправляется. Яичко в правой половине мошонки 2*2 см, безболезненное. В анализе крови выявлено: лейкоциты $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$. п – 6, с – 82, э – 1, лимф – 15, лимф – 6%. В анализе мочи патологии не выявлено.

1. Какой диагноз Вы поставите этому больному?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать это заболевание.
3. Укажите правильную тактику лечения.
4. Дайте оценку действий врача поликлиники.

ОТВЕТ

1. Гнойный паховый лимфаденит справа.
2. Паховая грыжа справа, киста правого семенного канатика.
3. Операция в экстренном порядке, консервативная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Недооценка клинических данных (недостаточно собран анамнез-отсутствие грыжи ранее, острое начало заболевания; не осмотрена мошонка, неправильно интерпретированы данные пальпации образования, не обследовано поверхностное паховое кольцо).

Задача 137.

На приеме у врача стационара ребенок 3 лет. Жалобы матери на беспокойство ребенка, потерю аппетита в течение 2 дней, снижение физической активности. Гипертермия до $38,3^{\circ}\text{C}$, рвота 3 раза желудочным содержимым в первые сутки болезни. Стул ежедневный разжиженный, крови и слизи нет. Отмечалось болезненное мочеиспускание. При осмотре ребенок вялый, капризный. Кожа бледная. Тургор мягких тканей сохранен. Пульс 120 уд в мин. Язык умеренно обложен беловатым налетом. Живот вздут, реберные дуги контурируются неотчетливо, в дыхании отстают нижние отделы; при пальпации болезненность над лоном, защитное мышечное напряжение; перистальтика кишечника не выслушивается. Выявляются перитонеальные симптомы в гипогастрии.

1. Предположительный диагноз?
2. Каким образом провести полноценный осмотр живота у данного ребенка?
3. Какие методы дополнительного обследования показаны в этом случае?
4. Какое исследование нужно провести для постановки правильного диагноза?

ОТВЕТ

1. Острый деструктивный аппендицит (возможно тазовое расположение отростка), перитонит.
2. Осмотр во время медикаментозного сна (парентеральное введение реланиума, сибазона, диазепама).
3. Общий анализ крови (включая гематокритное число), обзорная рентгенография и УЗИ брюшной полости.
4. Пальцевое ректальное исследование.

Задача 138.

На 3 сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита у больной С., 10 лет, рвота желудочным содержимым с примесью «зелени». Отмечалась задержка отхождения газов. При осмотре кожа умеренно бледная, пульс 100 уд в мин. Живот вздут равномерно, реберные дуги плохо контурируются, в акте дыхания живот участвует ограничено. При пальпации: болезненный во всех отделах, перистальтика ослаблена,

шумы «падающей капли» и «шприца» не выслушиваются. При перкуссии тимпанит во всех отделах. В анализе крови лейкоциты $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 4, с- 72, э – 2, лимф. – 20, моноц. – 4. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования показаны для уточнения диагноза в этом случае?
3. При правильном установлении диагноза, Ваша тактика лечения данного больного.

ОТВЕТ

1. Послеоперационная динамическая паретическая непроходимость пищеварительного тракта.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении больной; УЗИ брюшной полости.
3. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, питуитрин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 24 часов – оперативное лечение (интраоперационная декомпрессия ЖКТ, подвесная энтеростомия).

Задача 139.

На 14 сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита у больного К., 11 лет, рвота желудочным содержимым. Отмечалась задержка отхождения газов. Стула не было. При осмотре больного кожа умеренно бледная, пульс 110 уд в мин. Живот вздут равномерно, в акте дыхания участвует ограничено, выявляется видимая перистальтика петель кишечника. При пальпации живота боль во всех отделах, выслушиваются шумы «падающей капли» и «шприца». При перкуссии тимпанит во всех отделах. На обзорной рентгенографии живота раздутые петли кишечника, уровни жидкости. В анализе крови лейкоциты $9,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 4, с- 72, э – 2, лимф. – 20, моноц. – 4. В общем анализе мочи патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. С каким осложнением послеоперационного периода следует дифференцировать данное состояние у больного?
3. Какова лечебная тактика у данного больного?

ОТВЕТ

1. Послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость.
2. Паралитическая непроходимость как следствие продолженного перитонита.
3. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 12 часов – оперативное лечение.

Задача 140.

Во время осмотра педиатром неонатологом новорожденных детей в детском отделении роддома у ребенка 3-х суток жизни обнаружена гиперемия, инфильтрация кожи в лопаточной области. При пальпации этой зоны ребенок проявляет беспокойство, гиперемия не исчезает. При повторном осмотре через 4 часа очаг гиперемии и

инфильтрации увеличился вдвое, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$ ребенок стал вялым, отказывается от груди. Кожные покровы умеренно бледные. В анализе крови лейкоциты $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$. п – 8, с – 85, э – 0, лимф. – 5, мон. – 2%, СОЭ – 20 мм/час.

1. Ваш диагноз?
2. Правильна ли тактика врача неонатолога в этом случае?
3. С какими заболеваниями в данном случае проводится дифф. диагностика?

ОТВЕТ

1. Некротическая флегмона новорождённого.
2. Неправильна,
3. При первом выявлении участка гиперемии кожи необходимо было организовать консультацию хирурга. Рожистое воспаление, асептический некроз подкожно-жировой клетчатки.

Задача 141.

У ребёнка месячного возраста отсутствует с рождения самостоятельный стул, добиться появления стула возможно лишь после очистительной клизмы. Раз в 3-4 дня отмечается рвота небольшим количеством желудочного содержимого с примесью зелени. Ребёнок вялый, капризный. Из анамнеза: беременность первая, без осложнений, роды в срок, вес при рождении 3300, в течение месяца инфекционных заболеваний не отмечалось. Объективное обследование: состояние средней тяжести. Кожа чистая, обычного цвета. Дыхание пуэрильное, без хрипов. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот увеличен в объёме, мягкий, безболезненный, пальпаторно определяются увеличенные в объёме, заполненные содержимым петли кишечника. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции - равномерное газонаполнение кишечных петель. Ваш предположительный диагноз?

1. Предполагаемая методика дополнительного обследования?
2. Какова подготовка к этому обследованию?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, субкомпенсированная форма.
2. Ирригография.
3. Опорожнение кишечника с помощью сифонной клизмы.

Задача 142.

В хирургическое детское отделение поступил ребёнок через 6 часов после рождения. Роды срочные, вес при рождении 3400, закричал сразу. При осмотре: на передней брюшной стенке: объёмное образование, покрытое блестящей прозрачной оболочкой, через которую видны петли кишечника. Размеры образования 4х4х4 см, от его верхнего полюса отходит пуповинный остаток. Другой сочетанной патологии при объективном обследовании ребёнка не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика дальнейшего обследования?
3. Тактика дальнейшего лечения?

ОТВЕТ

1. Грыжа пупочного канатика.
2. Дальнейшее обследование имеет целью определение соответствия объёма брюшной полости органам, входящим в состав грыжи. Для этого производится ручное вправление грыжевого выпячивания.

3. При соответствии объёма брюшной полости грыжевому содержимому (при вправлении не нарастают цианоз, одышка, тахикардия) – радикальная операция. При несоответствии – операция Гросса, операция с применением полимерных материалов либо консервативное лечение.

Задача 143.

В детскую хирургическую больницу доставлен ребёнок 4-х месячного возраста. Жалобы матери: 4 часа назад ребёнок безо всяких видимых причин начал периодически беспокоиться, кричать, «сучить ножками»; приступы беспокойства чередуются со «светлыми промежутками», отмечалась однократная рвота. После очистительной клизмы патологии не выявлено. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции: резкое обеднение газом брюшной полости, на фоне чего определяется единичная наполненная газом петля кишки 2х6 см в мезогастрии.

1. Предположительный диагноз?
2. Предлагаемые дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Кишечная инвагинация.
2. Ирригография с воздухом, УЗИ брюшной полости.
3. Консервативное расправление инвагинации.

Задача 144.

К вам обратились родители с ребёнком 2-х летнего возраста. Со слов матери во время прогулки ребёнок споткнулся, при этом мать удержала его от падения за вытянутую руку, услышав щёлкающий звук. После этого движения в данной конечности отсутствуют, ребёнок жалуется на боли в этой руке. Объективно: правая рука висит вдоль туловища, других визуальных патологических изменений нет. Пальпация ключицы, плеча безболезненны. Движения в локтевом суставе болезненны. Рентгенограммы данного локтевого сустава без патологии.

1. Ваш диагноз?
2. Методика лечения?
3. Какие рекомендации Вы дадите родителям?

ОТВЕТ

1. Пронационный подвывих головки лучевой кости.
2. Консервативное вправление подвывиха.
3. Соблюдать осторожность и не водить ребёнка за больную руку.

Задача 145.

Мальчик 12 лет доставлен в детский хирургический стационар через 2 часа после травмы: упал, катаясь на велосипеде, ударившись верхним отделом живота о руль. После травмы беспокоят интенсивные боли в верхних отделах живота, однократная рвота съеденной пищей. Объективно: состояние средней тяжести, пальпация живота болезненна в

эпигастрии, где выявляется защитное мышечное напряжение, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Пульс 88 уд. мин., удовлетворительных качеств. АД-110/75 мм рт ст. Рентгенография брюшной полости - без патологии.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Травматическое повреждение поджелудочной железы.
2. Общий анализ крови; исследование амилазы крови и мочи; УЗИ органов брюшной полости.
3. В/в введение ингибиторов протеаз (гордокс, контрикал), холод на эпигастрий. Если в динамике определяется нарастание перитонеальных явлений, повышение уровня амилазы крови – лапаротомия с ревизией поджелудочной железы (вскрытие сальниковой сумки).

Задача 146.

Родители 6-тилетней девочки обратились к хирургу поликлиники по поводу выделений свежей крови в конце акта дефекации на протяжении последнего месяца. Других жалоб нет. Объективно: состояние ребёнка удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Живот мягкий, безболезненный. При ректальном обследовании на глубине 3 см на 11 часах определяется умеренно подвижное безболезненное образование 1,5х1,5 см; на извлечённом пальце - скудное количество алой крови.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Полип прямой кишки.
2. Ректороманоскопия, колоноскопия.
3. Оперативное удаление полипа.

Задача 147.

Вас вызвали на консультацию в роддом к ребёнку 2-хсуточного возраста. Родился от 3 беременности, протекавшей с гестозом 2 половины. Роды путём кесарева сечения. Реанимационные пособия не оказывались. В конце первых суток началась рвота с примесью «зелени», повторившаяся в начале 2 суток. Меконий самостоятельно не отходил; после очистительной клизмы: скудный сероватый стул. Объективно: живот умеренно увеличен в объёме в эпигастрии, мягкий, безболезненный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости в прямой проекции: 2 газовых уровня в верхних отделах на фоне резкого обеднения газом остальной брюшной полости.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика дальнейшего обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая обтурационная кишечная непроходимость (препятствие ниже Фатерова сосочка).

2. Рентгенография ЖКТ с водорастворимым контрастом (ультравист, верографин).
3. Оперативное лечение после предоперационной подготовки, длительность которой зависит от степени дегидратации: 1 ст. – 3 часа (регидратация), 2 ст. – 12 часов (регидратация, восполнение нормальных суточных потребностей и патологических потерь), 3 ст. – 24 часа (регидратация, восполнение нормальных суточных потребностей и патологических потерь).

Задача 148.

Мальчик 7 лет упал 2 часа назад с 3-хметровой высоты, ударившись животом о камень. После травмы беспокоят разлитые боли в животе, двукратная рвота. При поступлении: состояние тяжёлое, бледный. Дыхание везикулярное, без хрипов. Пульс 140 уд. мин., несколько ослабленного наполнения и напряжения. АД- 80/40 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, напряжён, с выраженными перитониальными симптомами. Перкуторно - исчезновение печёночной тупости. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз- $18 \cdot 10^9/\text{л}$, остальные показатели в пределах нормы.

1. Предположительный диагноз?
2. Необходимые дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Травматический разрыв полого органа брюшной полости.
2. Рентгенография грудной клетки и брюшной полости вертикально в прямой проекции (при невозможности – горизонтально в боковой проекции).
3. Экстренная лапаротомия.

Задача 149.

Девочка 20 дневного возраста поступила в стационар по поводу выделения из пупочной ранки мутного желтоватого отделяемого с 6 дня жизни. Объективно: общий статус ребёнка не страдает. При осмотре пупка: скудное желтоватое отделяемое. После туалета пупка выявлено точечное отверстие на дне пупочной ранки; введённый в него пуговчатый зонд проходит на 4 см в сагиттальном направлении.

Предположительный диагноз?

1. Возможное дополнительное обследование?
2. Тактика лечения и его сроки?

ОТВЕТ

1. Полный пупочный свищ (нарушение облитерации желточного протока).
2. Фистулография.
3. Оперативное лечение (лапаротомия, иссечение свища) в плановом порядке до месячного возраста.

Задача 150.

В приёмное отделение детского хирургического стационара обратились родители с ребёнком 1,5месячного возраста. Неделю назад появились срыгивания, через 2 дня перешедшие в частую рвоту створоженной пищей с кислым запахом. В течение данной недели не прибавляет в весе, отмечено урежение стула и мочеиспускания. Объективно:

состояние средней тяжести, подкожно-жировой слой выражен недостаточно, тургор его снижен. Сердечно-лёгочная система без особенностей. Живот умеренно вздут в эпигастрии, что чередуется с периодически возникающим вздутием в правом мезогастрii; мягкий, безболезненный.

Предположительный диагноз?

1. Дополнительные обследования?
2. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Врождённый пилоростеноз.
2. ФЭГДС, при сомнении в диагнозе – рентгенография ЖКТ с бариевой взвесью.
3. Оперативное лечение (пилоромиотомия по Фреде – Рамштедту) после предоперационной подготовки (регидратация, восполнение жизненных потребностей и патологических потерь) в течение 2-3 дней.

Задача 151.

Девочка, 8 лет, катаясь на санках, ударила голову о дерево. Отмечалась кратковременная, в течение 1 мин., потеря сознания. После травмы беспокоит головная боль, головокружение, 3 раза рвота. Девочка вялая, гиподинамична. В левой теменной области болезненная припухлость мягких тканей. Зрачки D = S, реакции, прямая и содружественная, живые. Правая носогубная складка сглажена. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы D = S живые. Патологических рефлексов нет. Ригидность затылочных мышц – 3 см; симптом Кернига 160°. Данные люмбальной пункции: ликворное давление 170 мм вод. ст. блокады ликворных путей нет. Количество полученного ликвора 4 мл; цвет светло-розовый. Цитоз $14 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты измененные $666 \cdot 10^9/\text{л}$, белок 0,198 г/л. Анализ крови: Hb – 158 г/л, Ht – 0,46; лейкоциты – $19,0 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 3 мм в час. На краниограммах в двух проекциях в левой теменной области выявляется просветление длиной 6 см, шириной 0,2 см.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Тактика лечения. Какие врачебные назначения необходимы ребенку при поступлении в стационар?

ОТВЕТ

1. Ушиб головного мозга, закрытый перелом левой теменной кости, субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консервативное лечение в течение 4-х недель: постельный режим, краниocereбральная гипотермия (в первые дни), седативная, антибактериальная, гемостатическая терапия, по показаниям - диуретики. Назначение препаратов, улучшающих мозговое кровообращение и обменные процессы в головном мозге (ноотропил, актовегин, пирацетам, циннаризин).

Задача 152.

У девочки 6 мес мать заметила быстрое увеличение головы в размерах (за 1 мес 3 см в окружности), выбухание большого родничка. Ребенок с рождения наблюдается у невропатолога по поводу перинатальной энцефалопатии, гипертензионного синдрома. Получал дважды курсы ноотропных препаратов, дегидратационную терапию. Состояние средней тяжести. Ребенок беспокоен, в приемном отделении однократная рвота. t- 36,6° С,

пульс 136 уд в мин, окружность головы 47 см, большой родничок 1,5 * 1,5 см выбухает, напряжен. Зрачки D = S. Симптом Грефе положительный. Нистагма нет. Мышечный тонус конечностей снижен. Патологических рефлексов нет. Ребенок отстает в психомоторном развитии. На краниограммах в двух проекциях расхождение швов черепа.

При УЗИ головного мозга выявляется вентрикуломегалия. Толщина мозгового плаща 1,8 см., силвиев водопровод прослеживается на всем протяжении. При люмбальной пункции: ликворное давление 220 мм вод. ст., ликвор прозрачный, цитоз $1,0 \cdot 10^9/\text{л}$, белок 0,140 г/л.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Методы дополнительного обследования?
3. Тактика лечения больной?

ОТВЕТ

1. Гидроцефалия, сообщающаяся форма, стадия гипертензионного криза.
2. Ликвородинамические пробы; РКТ, МРТ головного и спинного мозга.
3. Консервативное лечение (дегидратационная терапия, мочегонные, спазмолитики), при неэффективности – шунтирующие операции (люмбо-перитонеальное шунтирование).

Задача 153.

В приемное отделение больницы поступил ребенок 3 лет. До этого лечился в течение пяти дней у участкового педиатра по поводу ОРВИ. Со слов родителей в день поступления с утра резко ухудшилось самочувствие, внезапно повысилась температура тела до 38°C , появилась одышка. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, заторможен, катаральные явления со стороны носоглотки. Отмечается одышка (ЧД – 52 в мин), в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. При аускультации – дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено. Отмечается тахикардия (138 в мин). В крови лейкоциты $15 \cdot 10^9/\text{л}$ с нейтрофильным сдвигом. СОЭ – 35 мм в час. Гипопротеинемия. На рентгенограмме: просветление правого верхнего легочного поля, правое легкое поджато к корню, ниже определяется затемнение с горизонтальным уровнем, синус не дифференцируется. Средостение смещено влево. Межреберные промежутки расширены на стороне поражения.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.

ОТВЕТ

1. Правосторонняя бактериальная деструктивная пневмония, пиопневмоторакс справа.
2. Плевральная пункция.
а) воздействие на макроорганизм (посиндромная терапия); б) на микроорганизм (воздействие на возбудителя); в) местное лечение – пункция и дренирование плевральной полости по Бюлау (при отсутствии эффекта – активная аспирация, поисковая окклюзия бронха, видеоторакоскопическая окклюзия бронхо-плеврального свища).

Задача 154.

В ЦРБ к дежурному врачу педиатру доставлен ребенок 7 дней с жалобами на приступы цианоза и одышки, усиливающиеся после кормления. При осмотре: запавший «ладьевидный» живот, выбухание левой половины грудной клетки. При перкуссии определяется тимпанит над левым легочным полем, смещение границ сердца вправо. Аускультативно – слева резкое ослабление дыхания и «шум плеска», тоны сердца выслушиваются над правой половиной грудной клетки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваши неотложные мероприятия?
4. Какова Ваша лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Левосторонняя ложная диафрагмально-плевральная грыжа.
2. Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в прямой проекции, рентгенография органов ЖКТ с водорастворимым контрастом.
3. Помещение больного в кювез с приподнятым головным концом, оксигенотерапия с помощью ИВЛ.
4. Экстренная консультация детского хирурга.

Задача 155.

Среди пострадавших в автомобильной аварии девочка 7 лет, которую Вы, врач скорой помощи, осматриваете на месте происшествия. Ребенок в сознании, жалобы на боль в левой ноге. Встать не может. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания без патологии. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Движения в левой ноге отсутствуют, последняя слегка согнута в коленном суставе. Бедро укорочено, определяется деформация его и резкая болезненность в средней трети.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику врача скорой помощи.
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Тактика хирурга стационара, её обоснование.

ОТВЕТ

1. Замкнутый перелом левой бедренной кости в 1/3 со смещением отломков.
2. Медикаментозное обезболивание, иммобилизация левой нижней конечности шиной Дитерихса, транспортировка в детский травматологический хирургический стационар.
3. Рентгенографическое исследование. Обезболивающие препараты (в том числе и введение 0,25% р-ра новокаина в посттравматическую гематому); скелетное вытяжение на раме Балканского (проведение спицы Киршнера через дистальный метафиз бедра).

Задача 156.

В приемное отделение хирургического корпуса доставлена девочка 5 лет. Со слов матери заболевание началось остро 5 часов назад, поднялась температура тела до 39 градусов, появились боли в животе, дважды была рвота съеденной пищей. В лёгких везикулярное

дыхание. Хрипов нет. Умеренная тахикардия. Живот – умеренно вздут. При пальпации – резкая болезненность в подвздошных областях, ригидность мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в нижних отделах живота. При осмотре наружных малых половых губ их гиперемия, гнойные выделения из влагалища.

При исследовании периферической крови – лейкоциты $18 \cdot 10^9$ /л, Hb – 120 г/л, Ht – 0,30.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков генез данного заболевания?
3. Неотложная лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Пельвиоперитонит, вызванный сальпингитом..
2. Восходящая инфекция вследствие кислой среды и отсутствия нормальной микрофлоры во влагалище. Оперативное лечение лапароскопическим или лапаротомическим методом. Санация брюшной полости и полости малого таза, при необходимости их дренирование. Аппендэктомия вследствие облигатного вторичного аппендицита.

Задача 157.

Мальчик 12 лет, во время тренировки, 3 дня назад выполнял упражнение «шпагат». Накануне поступления, ночью, отмечалось повышение температуры до 39°C , сильные боли в области тазобедренного сустава, усиливающиеся при нагрузке. При осмотре в поликлинике: состояние больного средней тяжести. Температура тела 38°C . При ходьбе щадит больную конечность, хромота. Пришедший по вызову врач поликлиники назначил больному противовоспалительную терапию (аспирин, полуспиртовые компрессы на область сустава, таблетированный антибиотик), поставил диагноз: «Растяжение связок тазобедренного сустава», оставил больного на амбулаторном лечении. Ночью боли в суставе усилились, отмечался подъем температуры до 40°C . Вызван врач скорой помощи. Больной доставлен в хирургический стационар. Объективно: состояние – тяжелое. Выражены симптомы интоксикации. Температура тела – 39°C . В легких – жесткое дыхание. Одышка до 30 в мин. На рентгенограмме грудной клетки – явления двусторонней полисегментарной пневмонии. Правая нижняя конечность находится в вынужденном положении: полусогнута в коленном суставе, слегка ротирована. Правая паховая складка сглажена. Активные и пассивные движения в тазобедренном суставе резко болезненны, ограничены, особенно – ротационные. На рентгенограмме костей таза и тазобедренных суставов патологии нет. Анализ периферической крови – лейкоциты – $20 \cdot 10^9$ /л, Hb – 109 г/л, Ht – 0,42.

1. Предварительный диагноз?
2. Ваше мнение о действиях врача поликлиники.
3. Вы врач стационара? Ваши лечебные мероприятия?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит шейки правой бедренной кости, септикопиемическая форма; двухсторонняя септическая пневмония.
2. Недооценка клинических симптомов, которые указывают не на травматическое, но на воспалительное поражение бедренной кости.

3. Госпитализация в отделение интенсивной терапии. После посиндромной предоперационной подготовки – оперативное лечение (остеоперфорации поражённого отдела бедренной кости).

Задача 158:

Ребенок, 8 дней, поступает в приемное отделение хирургического стационара. Со слов матери, 2 дня назад ухудшилось состояние: ребенок стал беспокойным, ухудшился аппетит, появилась припухлость на правой молочной железе. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы - чистые, бледные. Ребенок - беспокоен. Температура тела-38,3. Живот вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Со стороны органов грудной клетки – патологии не выявлено. Местно: область правой молочной железы увеличена в объеме. Имеется гиперемия кожи на участке 2*2 см. При пальпации - резкая болезненность, флюктуация. Местная температура повышена.

1.Ваш диагноз?

2.Какое состояние обычно предшествует этому заболеванию?

3.Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Гнойный мастит справа.

2. Физиологическое нагрубание молочных желёз.

3. Экстренная операция – вскрытие гнойного очага радиальными (радиальным) разрезом (от ареолы). Назначение консервативного лечения (воздействие на макроорганизм и микроорганизм).

Задача 159.

У ребенка 2-х лет в течение 8 часов отмечается ухудшение состояния: многократная рвота, 2-кратный жидкий стул, вздут живот, Температура тела -38,5°С. Ребенок периодически беспокоится, плачет, хватается руками за живот. Врач скорой помощи, приехавший на вызов и осмотревший ребенка, попытался пропальпировать переднюю брюшную стенку. Ребенок на осмотр реагирует негативно, отталкивает руку, стремится перевернуться на правый бок. При этом врач констатирует выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Тактика врача скорой помощи?

3. Вы врач приемного отделения хирургического стационара, в который доставили ребенка. Необходимые неотложные мероприятия для уточнения диагноза? План лечения?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.

2. Перевод ребёнка в детский хирургический стационар.

3. Осмотр ребёнка во время медикаментозного сна, ректальное пальцевое обследование (после очистительной клизмы); исследование общего анализа крови. При наличии симптомов острого аппендицита – экстренная операция; при неясности клинической картины – динамическое наблюдение (при невозможности отвергнуть диагноз экстренной хирургической патологии в течение 12 часов – экстренная операция).

Задача 160.

В приемное отделение хирургического стационара доставлен ребенок в возрасте 2 дней, на коже грудной клетки сутки назад появилось «пятно» цианотичного оттенка, горячее на ощупь, при пальпации ребёнок кричит; пятно быстро увеличивается в размерах. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Отмечалась рвота. Температура тела - 38,2. Ребенок вялый, адинамичный. Живот вздут. Кожные покровы бледные. Стул – зеленоватого цвета, учащенный, с неперевавленными фрагментами. Анализ крови: лейкоциты – $15 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтроф.-80; палочкоядерные-15, юные-5.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика врача, назначьте лечение данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Некротическая флегмона новорождённого.
2. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии. После предоперационной посиндромной терапии – оперативное лечение: вскрытие флегмоны разрезами-насечками с захватом округлежащих здоровых тканей. Перевязки в первые 2 суток через каждые 6 часов. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 161.

Новорожденный (18 суток, мальчик) находился на лечении в отделении патологии новорожденных, куда поступил из роддома с диагнозом: ПЭП, острый период, синдром угнетения ЦНС; внутриутробное инфицирование плода. В комплексе лечебных мероприятий получал массаж верхних конечностей и шейно-воротниковой зоны. 2 дня назад массажист отметил, что правая верхняя конечность у ребенка находится в вынужденном положении: приведена к туловищу и ротирована. Активные движения в плечевом суставе ограничены, пассивные - болезненны, ребенок реагирует плачем. Область плечевого сустава отечна, пальпация болезненна. Состояние больного средней тяжести. Симптомы интоксикации умеренно выражены, Температура тела - $38,2^{\circ}\text{C}$. На сравнительной рентгенограмме плечевых суставов отмечено расширение суставной щели справа; костно-деструктивных изменений не выявлено.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Ваша тактика как педиатра соматического стационара?
- 3.Каков план неотложных лечебных мероприятий?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит правой плечевой кости.
2. Срочная консультация детского хирурга.
3. Срочная госпитализация ребёнка в детский хирургический стационар. Посиндромная медикаментозная подготовка в течение 3 часов, пункция правого плечевого сустава, санация его (при значительном количестве гнойного выпота – дренирование сустава с помощью полимерного катетера по Сельдингеру), иммобилизация правой верхней конечности. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 162.

Девочка 4-х лет, заболела ОРВИ. Лечилась амбулаторно и через 10 дней выписана с выздоровлением. На следующий день у девочки повысилась температура тела до 39° С и появились менингеальные знаки. Больная госпитализирована в инфекционное отделение. При люмбальной пункции получен мутный ликвор под давлением. В 1мл ликвора при исследовании выявлено повышенное содержание лейкоцитов с нейтрофильным сдвигом. Одновременно, у девочки развилась двусторонняя плевропневмония с правосторонним экссудативным плевритом. При плевральной пункции получено 50 мл жидкости янтарного цвета. Несмотря на массивную антибактериальную терапию, динамика течения заболевания была отрицательной. Через 4дня ребенок переведен в хирургический стационар в крайне тяжелом состоянии. Правая нижняя конечность находится в вынужденном положении: согнута в коленном суставе. Мягкие ткани голени увеличены в объеме, кожа в 2/3 по внутренней поверхности - гиперемирована. Нагрузка на конечность невозможна из-за резко выраженной болезненности.

1.Предположительный диагноз?

2.Необходимые диагностические исследования для уточнения диагноза?

3.Неотложная лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит костей правой голени (вероятнее всего - большеберцовой кости), септикопиемическая форма, двухсторонняя септическая пневмония, правосторонний экссудативный плеврит, менингит.

2. Рентгенография костей правой голени и пр. коленного сустава в двух проекциях, рентгенография грудной клетки общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи; ЭКГ.

3. Срочная госпитализация в отделение интенсивной терапии детского хирургического стационара. Предоперационная посиндромная подготовка в течение 3 часов. Операция – остеоперфорации поражённой кости, дренирование параоссального пространства. Интенсивное консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 163.

У ребенка 3-х лет, в подмышечной области - опухолевидное образование-4,0*4,0 см, при пальпации плотно-эластической консистенции. Кожа над ним гиперемирована. Пальпация болезненна. Из анамнеза известно, что в квартире живет домашняя кошка, с которой ребенок играет. Общее состояние не страдает. Температура тела - 37,2° С. Симптомы интоксикации не выражены. При осмотре на коже правой кисти множественные ссадины /царапины/. Врач поликлиники назначил амбулаторное лечение: внутрь антибиотик, полуспиртовые компрессы на область поражения. В течение 3-х суток отмечена отрицательная динамика, сохраняется субфебрилитет, появилась флюктуация в подмышечной впадине.

1.Ваш предположительный диагноз?

2.Оценить действия врача поликлиники?

3.Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Острый гнойный подмышечный лимфаденит (фелиноз – болезнь «кошачьих царапин»).
2. Из-за недооценки клинических данных не диагностирован уже имевший место при первичном обращении гнойный лимфаденит.
Экстренная госпитализация в детский хирургический стационар, оперативное лечение гнойного очага.

Задача 164.

Ребенок 8 лет, 6 дней назад оперирован по поводу острого деструктивного аппендицита, местного перитонита. На фоне противовоспалительного лечения наступило ухудшение состояния. Жалуется на схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи. Температура тела на субфебрильных цифрах. Живот равномерно умеренно вздут. При пальпации симптомы раздражения брюшины не выявлены. В области послеоперационной раны пальпируется опухолевидное образование, занимающее правую подвздошную и мезогастральную области. В периферической крови-лейкоцитоз- $14 \cdot 10^9/\text{л}$, Hb – 105 г/л, Ht – 0,36, СОЭ – 18 мм в час.

1. Предположительный диагноз?
2. Неотложные мероприятия для уточнения диагноза?
3. Неотложные лечебные мероприятия?

ОТВЕТ

1. Послеоперационный инфильтрат брюшной полости, ранняя спаечная кишечная непроходимость.
2. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении больного.
3. Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р NaCl, прозерин, убретид), прерывание патологических нервных импульсов (новокаиновые блокады – пресакральная, паранефральная), коррекция нарушений гомеостаза. При отсутствии эффекта в течение 24 часов – оперативное лечение (релапаротомия, разъединение спаек, наложение кишечного свища – в зависимости от интраоперационных находок).

Задача 165.

В отделении реанимации детского соматического стационара находится новорожденный ребенок /18 суток/, переведенный из отделения недоношенных. Из анамнеза известно, что беременность у матери протекала с угрозой прерывания, гестозом 1 и 2 половины, ВУИ (внутриутробное инфицирование плода). Роды в срок 36 недель. Масса при рождении 2600 г. Оценка по шкале Апгар 5 баллов. Проводились реанимационные мероприятия. Находился в течение 7 дней на ИВЛ. Сутки назад ребенок отказался от еды, отмечена многократная рвота с примесью «зелени». Объективно: состояние очень тяжелое. Из-за нестабильности дыхательной функции находится на ИВЛ. Живот резко вздут. Реберные дуги не контурируются. Передняя брюшная стенка пастозная. Кожа в нижних отделах живота гиперемирована, «лоснится». По зонду из желудка отделяемое с примесью «зелени». Из прямой кишки - слизь с прожилками крови.

1. Предположительный диагноз?
2. Дополнительные диагностические исследования?
3. Тактика врача-неонатолога?

ОТВЕТ

1. Язвенно-некротический энтероколит, перитонит, возможно – перфорация полого органа.
2. Рентгенография брюшной полости и грудной клетки в прямой проекции в вертикальном положении, при невозможности – в боковой проекции в горизонтальном положении.
3. Экстренная консультация детского хирурга. Перевод ребёнка в детский хирургический стационар в условиях реанимобиля.

Задача 166.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено развившееся в течение 6 часов ухудшение: вздутие живота, нарушения ритма дыхания с сторону тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки. Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. При перкуссии тимпанит во всех отделах живота. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника. Анализ крови: Hb -110г/л, Ht- 29, L -10 * 10⁹/л. формула крови: п- 5%, с -72%, э -1%, лимф. -15%, мон.- 7%. СОЭ -20 мм/час.

1. О каких осложнениях основного заболевания можно думать в данной ситуации?
2. Какова тактика обследования этого ребенка?
3. Лечебная тактика возможных осложнений.

ОТВЕТ

1. А) Некротически-язвенный энтероколит с перфорацией полого органа. Б) Динамическая паретическая кишечная непроходимость.
2. Рентгенография брюшной полости и грудной клетки в вертикальном положении больного (прямая проекция) для дифференциации вышеуказанных заболеваний.
3. При выявлении признаков перфорации полого органа – экстренная операция в условиях детского хирургического стационара; при диагностировании динамической непроходимости: декомпрессия ЖКТ (желудочный зонд, очистительная клизма, газоотводная трубка), стимуляция моторики ЖКТ (электростимуляция; парентерально: 10% р-р Na Cl, прозерин, убретид), коррекция нарушений гомеостаза.

Задача 167.

Мальчик 7 лет заболел накануне вечером. Отмечалась температура до 37,3 градусов, однократная рвота, боли в животе. К утру состояние ухудшилось, боли усилились, стал вялым, бледным, отмечался 2 раза жидкий стул. Врач скорой помощи доставил ребенка в инфекционный стационар. Лежит неподвижно, на правом боку, живот в акте дыхания участвует лишь верхними отделами, на пальпацию ребёнок реагирует плачем, брюшная стенка напряжена, резкая болезненность в правой подвздошной области, лейкоцитоз 14000.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо использовать для постановки диагноза?
4. В чем ошибка врача скорой помощи?
5. Какова тактика врача – педиатра (инфекциониста)?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.
2. Боли в животе, типичная объективная клиническая картина.
3. Пальцевое ректальное обследование – по всей видимости, имеет место тазовое расположение воспалённого аппендикса.
4. Наличие жидкого стула было расценено как проявление кишечной инфекции; не учтены признаки острого аппендицита. Врач скорой помощи забыл клиническую картину тазового расположения воспалённого аппендикса.
5. Экстренная консультация детского хирурга, перевод ребёнка в детский хирургический стационар.

Задача 168.

Ребенок 2,5 лет, болен 1,5 суток. Днем ухудшилось состояние, повысилась температура до 39,5 градусов, дважды была рвота, жидкий стул. Периодически беспокоен, не дает дотрагиваться до живота. При осмотре состояние тяжелое, вялый, бледный, язык сухой. Пульс 120 уд. в минуту. Живот умеренно вздут, обследовать ребенок не дает, отталкивает руку врача, кричит. При отвлечении внимания удается определить наибольшую болезненность в правой подвздошной области, при этом, ребенок подтягивает ножку, брюшная стенка напряжена. Мочеиспускание болезненно. Был еще раз жидкий стул без патологических примесей. Вы врач педиатр, пришедший на вызов к данному ребёнку.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова тактика врача- педиатра?
3. Какие диагностические приёмы помогают в установлении диагноза острой хирургической патологии органов брюшной полости у детей раннего возраста?

ОТВЕТ

1. Острый аппендицит.
2. Экстренное направление ребёнка в детский хирургический стационар (вызывается машина скорой помощи, выписывается направление).
3. Пальцевое ректальное исследование, осмотр живота во время медикаментозного сна (реланиум, сибазон, диазепам).

Задача 169.

Ребенок 4-х лет, из гриппозного очага. Заболел остро. Заболевание началось с высокой температуры, повторной рвоты, беспокойства. Жалобы на сильные схваткообразные боли в животе. При осмотре состояние средней тяжести. Легкие катаральные явления в носоглотке. Живот равномерно вздут, мягкий, выраженная болезненность в правой

подвздошной области и особенно вокруг пупка, усиливающаяся при глубокой пальпации. В положении на правом боку болезненность смещается влево. Лейкоцитоз -23000. Ребенок доставлен в детский хирургический стационар, срочно взят в операционную с диагнозом: «Острый аппендицит». Во время операции в брюшной полости обнаружено большое количество серозного выпота, увеличенные гиперемированные лимфоузлы брыжейки тонкого кишечника, червеобразный отросток не изменен, удален.

- 1.Какое заболевание было у больного?
- 2.Какие диагностические приёмы нужно было использовать?
- 3.Какова должна быть тактика при этом заболевании.
- 4.В чем ошибка хирурга?
- 5.Какова тактика врача педиатра?

ОТВЕТ

1. Острый мезаденит.
2. Осмотр во время медикаментозного сна, пальцевое ректальное исследование.
3. Консервативное лечение (антибактериальная и противовоспалительная терапия) в сочетании с динамическим наблюдением.
4. Недоучёт данных анамнеза и клинической симптоматики; во время операции не был удалён и направлен на патогистологическое исследование один из изменённых лимфоузлов.
5. В случае выставления диагноза «острый мезаденит» ребёнок в любом случае должен быть направлен в детский хирургический стационар.

Задача 170.

Ребенок возраста 3 дней находится в соматическом стационаре по поводу родовой травмы ЦНС, острого периода и недоношенности 1 степени. На фоне стабильного тяжелого состояния отмечено резкое вздутие живота, нарушения ритма дыхания в сторону тахипное, тахикардия. Мекония нет одни сутки. Объективно: живот резко вздут, реберные дуги не контурируются. Пальпация живота затруднена из-за резкого метеоризма. На коже передней брюшной стенки усиление венозного рисунка. Передняя брюшная стенка отечна, пастозна, отмечается отек наружных половых органов. При перкуссии притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости, исчезновение печёночной тупости. При аускультации живота резкое ослабление перистальтики кишечника. Анализ крови: Hb -118г/л, Ht- 29, L- $19 \cdot 10^9/\text{л}$. формула крови: п- 8%, с- 80%, э- 0%, лимф.- 10%, мон.- 2%. СОЭ- 24 мм/час.

1. Каково Ваше мнение по полному диагнозу в данном случае?
2. Какова тактика обследования для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного осложнения?

ОТВЕТ

Язвенно-некротический энтероколит, перфорация полого органа.

2. Рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении (прямая проекция) либо в горизонтальном (боковая проекция).

3. В экстренном порядке – консультация детского хирурга, при подтверждении диагноза – экстренное оперативное лечение.

Задача 171.

Новорожденный 2 суток, находится в детском отделении роддома. Роды протекали без патологии. Родился с массой 3200 г. Закричал сразу. После первых прикладываний к груди-обильная рвота с примесью желчи. Стул в скудном количестве, сероватого цвета, отходил однократно. Живот запавший, на пальпацию живота не реагирует. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости - два горизонтальных уровня газа в эпигастрии.

- 1.Поставьте диагноз.
- 2.Обоснуйте диагноз.
- 3.Тактика врача неонатолога.
- 4.Особенности транспортировки новорожденного.
- 5.Тактика лечения данного больного?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая кишечная обтурационная непроходимость.
2. Срок и характер возникшей рвоты, вид стула, данные объективного обследования, данные рентгенографии.
3. Экстренная консультация детского хирурга, перевод ребёнка в детский хирургический стационар.
4. Реанимобиль: транспортный кювез, желудочный зонд, оксигенотерапия, возвышенный головной конец.
5. Предоперационная подготовка в зависимости от степени дегидратации длящаяся: 1 ст.-3 ч (регидратация), 2 ст.-12 ч, 3 ст.-24 ч (регидратация, восполнение жизненных потребностей и патологических потерь; посиндромная терапия) с последующим оперативным лечением.

Задача 172.

Ребенок 1 суток. Родился с массой 4100. В родах- вторичная родовая слабость, стимуляция, наложение вакуумэкстрактора. Родился в асфиксии 5 баллов по шкале Апгар. Из рта и носа после родов отмечалось выделение пенистой слизи. Имеется одышка, цианоз носогубного треугольника, в легких хрипы. Меконий отходил, обычного цвета.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические манипуляции необходимо провести?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
4. Тактика врача педиатра роддома?

ОТВЕТ

1. Атрезия пищевода.
2. Катетеризация пищевода, проведение пробы Элефанта.
3. Помещение ребёнка в кювез с возвышенным головным концом, оксигенотерапия, каждые 10 мин. отсасывание отделяемого из рото- и носоглотки; при возможности - интубация трахеи.
4. Экстренная консультация детского хирурга и перевод ребёнка в детский хирургический стационар в реанимобиле (условия транспортировки – см. п.3), по окончании периода адаптации (6 часов).

Задача 173.

Ребенок 4 недель (девочка), родилась от 1 беременности массой 3250г. Роды протекали нормально. В возрасте 2-х недель появились срыгивания, а затем – периодическая рвота содержимым желудка без примесей вскоре после кормлений. В весе стала прибавлять плохо. Стул ежедневно, самостоятельный. Симптом «песочных часов» сомнительный. Ребенок направлен в хирургический стационар и оперирован с диагнозом: пилоростеноз. На операции изменений привратника не обнаружено.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какие дополнительные методы диагностики не использовались у ребенка?
3. В чем ошибка хирурга?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии, пилороспазм.
2. ФЭГДС, рентгенография желудка с бариевой взвесью.
3. Недооценка клинических данных, поспешность в осуществлении оперативного лечения.

Задача 174.

В хирургический стационар доставлен ребенок 5 лет, пострадавший в автомобильной аварии. Состояние его тяжелое. Кожа бледная. АД - 110/80 мм рт.ст. Пульс 100 уд в мин. Сознание сохранено, но на вопросы отвечает вяло, неохотно. При осмотре выявлена грубая деформация правого бедра в с/З. Конечность в вынужденном положении. Отмечается припухлость в зоне деформации. Пальпация этой зоны резко болезненна. Анализ крови: Hb- 90г/л, Ht- 25, L- 25 * 10⁹/л. формула крови: п – 8%, с - 80%, э - 0%, лимф. -10%, мон.- 2%.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Объясните возникшую анемию.
3. Какова тактика обследования и лечения данного состояния?

ОТВЕТ

1. Закрытый перелом правого бедра, травматический шок 1 ст.
2. При данной травме возможно излияние в посттравматическую гематому до 300-400 мл крови.
3. Рентгенография правого бедра с захватом обеих близлежащих суставов в 2-х проекциях, функциональное лечение – скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости.

Задача 175.

Мальчик, возраст- 3 года, упал вперед, опершись на руки. Жалобы на боль в нижней трети левого предплечья. В зоне повреждения выявляется отек мягких тканей, боль при пальпации. Движения кисти в лучезапястном суставе резко ограничены из-за боли в нижней трети предплечья. На рентгенограмме левого предплечья в двух проекциях выявлено смещение эпифиза лучевой кости относительно метафиза на половину диаметра кости.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова лечебная тактика? Дальнейшая тактика наблюдения за этим больным, сроки контрольных осмотров; чем они обусловлены?

ОТВЕТ

1. Закрытый эпифизеолиз дистального отдела левой лучевой кости со смещением.
2. Закрытая репозиция под общим наркозом с последующей иммобилизацией.
3. Осмотр на 2 сутки (возможность посттравматических сосудистых нарушений), осмотр на 4 сутки с контрольной рентгенографией (возможность вторичного смещения из-за спадения посттравматического отёка), осмотр с рентгенографическим исследованием по окончании сроков иммобилизации при снятой лонгете.

Задача 176.

Девочка возраста 8 лет на уроке физкультуры упала во время выполнения кувырка через голову. Отмечалась кратковременная задержка дыхания. Жалобы на боль в спине, усиливающиеся при движении позвоночника. Родители с девочкой обратились в детский травмпункт. Объективно выявлено: болезненность при пальпации и перкуссии 5 – 6 остистых отростков грудных позвонков. Осевая нагрузка на позвоночный столб болезненна в этой же зоне. Движения позвоночного столба ограничены из-за боли в зоне повреждения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие неотложные мероприятия необходимо сделать для оказания первой медицинской помощи ребенку?
3. Какова тактика обследования этого ребенка?

ОТВЕТ

1. Компрессионный перелом тел грудных позвонков.
2. Вызов машины скорой помощи, доставление ребёнка в детское травматологическое отделение в горизонтальном положении.
3. Пальпация и перкуссия остистых отростков позвонков, спондилограмма в двух проекциях.

Задача 177.

У ребенка возраста 2 дней в течение последних 6 часов отмечается рвота застойным желудочным содержимым (с примесью «зелени»). Объективно выявлено: число дыхания до 50 в мин., равномерное вздутие живота, реберные дуги не контурируются. Кожа живота не изменена. При пальпации живота передняя брюшная стенка напряжена. Глубокая пальпация затруднена из-за выраженного метеоризма. При перкуссии живота выявлен тимпанит по всем отделам. При аускультации перистальтика резко ослаблена. Меконий не отходил. Анальное отверстие сформировано правильно. Анализ крови: Нб - 190г/л, Нт- 41, L -25 * 10⁹/л. формула крови: п-8%, с-80%, э- 0%, лимф.- 10%, мон.- 2%.

На обзорной рентгенограмме живота множественные уровни жидкости и раздутые петли кишечника во всех отделах брюшной полости.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие дополнительные методы исследования Вы можете предложить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного состояния?

ОТВЕТ

1. Низкая врождённая кишечная непроходимость, перитонит.
2. Введение газоотводной трубки в прямую кишку целью проведения её в вышележащие отделы толстого кишечника, введение по ней 1% р-ра NaCl; УЗИ органов брюшной полости.
3. Предоперационная подготовка в течение 3 часов: регидратация и посиндромная терапия; лапаротомия. Учитывая наличие перитонита, операция будет завершена наложением кишечного свища.

Задача 178.

У ребенка 9 дней во время обхода в отделении хирургии новорождённых было замечено нарушение функции правой руки (вялые движения, ограничены в объеме). При общем осмотре из пупочной ранки серозное отделяемое, гиперемии нет. В области плечевого сустава припухлость мягких тканей, сглаживающие контуры сустава. При пальпации сустава ребенок беспокоен. Температура на ощупь повышена относительно других отделов кожи. При фиксации руки к туловищу ребенок менее беспокоен. Аппетит сохранен. Анализ крови: Hb- 140г/л, Ht- 29, L- $10 \cdot 10^9/\text{л}$. формула крови: п- 8 %, с- 72 %, э- 0 %, лимф.- 19 %, мон.- 7 %. СОЭ- 20 мм/час. На рентгенограмме области правого плечевого сустава костной патологии не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия необходимы в этом случае?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный метаэпифизарный остеомиелит правой плечевой кости, катаральный омфалит (по-видимому и являющийся очагом хирургической инфекции).
2. Для сравнения с поражённой стороной необходимо произвести рентгенография левого плечевого сустава. Лечение: пункция, санация и, при необходимости дренирование правого плечевого сустава тонким катетером по Сельдингеру, иммобилизация правой верхней конечности. Санация пупочной ранки. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 179.

Ребенок возраста 10 лет жалуется на слабость, быструю утомляемость на уроках в школе, снижение аппетита, периодически боли в верхних отделах живота. Обратился к педиатру по месту жительства. Из беседы с родителями ребенка выявлено, что на протяжении 1 месяца у него периодически отмечается черный стул. При общем осмотре со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре живота отмечена умеренная болезненность в эпигастрии. Перитониальных симптомов нет. Опухолевидные образования пальпаторно не выявлены. Анализ крови: Hb- 90г/л, Ht- 25, L- $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$. формула крови: п-4 %, с-66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. Анализ мочи патологии у

больного не выявил. На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Назовите отделы пищеварительного тракта, кровотечения из которых сопровождаются появлением стула чёрной окраски.
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика в данном случае?

ОТВЕТ

1. Язвенная болезнь желудка или 12перстной кишки, кровотечение из ЖКТ.
2. Пищевод, желудок, 12перстная кишка; очень редко такой стул имеет место при кровотечении из удвоенного отдела ЖКТ или дивертикула Меккеля, расположенных в тонком кишечнике (вследствие наличия в них участков слизистой желудка)
3. ФЭГДС, бактериологическое исследование для выявления *Compylobacter pylori*.
4. Консервативное лечение (антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H2-гистаминорецепторов и блокаторы протонной помпы, антибактериальное лечение).

Задача 180.

У ребенка (мальчик) 12 лет отмечена рвота алой кровью, обильная. Доставлен машиной скорой помощи в детский хирургический стационар. Общее состояние тяжелое. Кожа бледная, АД- 100/70 мм рт.ст. Пульс 100 уд в мин. Из анамнеза известно, что мальчик 2 года назад перенёс вирусный гепатит А. За неделю до рвоты у него отмечалась боль в эпигастриальной области. К врачу не обращался.

При осмотре живота последний правильной овальной формы, в дыхании участвует всеми отделами. При пальпации живота умеренная боль в эпигастриальной области, перитонические симптомы не выявляются. Печень по краю реберной дуги, пальпируется нижний полюс селезенки, безболезненный. Опухолевидные образования в животе пальпаторно не выявлены. Анализ крови: Нб- 90 г/л, Нт- 35, L- $9,0 \cdot 10^9$ /л. формула крови: п-4 %, с-66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии нет.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Что необходимо ещё выяснить при сборе анамнеза?
3. Какое дополнительное исследование необходимо выполнить и когда?
4. Лечебная тактика при данной патологии?

ОТВЕТ

1. Портальная гипертензия (вероятнее всего внутрипечёночная форма), кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Не оказывались ли реанимационные пособия в послеродовом периоде (инфузии через пупочную вену), не было ли тяжёлых гнойных хирургических заболеваний органов брюшной полости (перитонит).
3. ФЭГДС в экстренном порядке.
4. Консервативная гемостатическая терапия (ингибиторы протеаз, препараты кальция, этамзилат, викасол; местно – зонд Блэкмора); при неэффективности – лапаротомия с прошиванием и перевязыванием варикозно изменённых вен или наложение сосудистых портокавальных анастомозов.

Задача 181.

Ребенок, мальчик 6 лет, жалуется на зуд и боль в области образования передней брюшной стенки, которые беспокоят его последние 2 недели. На передней брюшной стенке имеется образование коричневого цвета 2 * 2 см с шероховатой поверхностью, возвышающееся над уровнем кожи. В центре этого образования участок изъязвления 0,8 * 0,8 см с мутным отделяемым. Данное образование у мальчика отмечалось с рождения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Имеются ли показания для удаления данного новообразования?
3. Какова тактика лечения данного образования?

ОТВЕТ

1. Пигментный невус передней брюшной стенки с изъязвлением.
2. Да, т.к. изъязвление поверхности невуса является признаком возможной малигнизации.
3. Оперативное иссечение невуса с последующим патогистологическим исследованием.

Задача 182.

У ребенка сразу после рождения выявлено объемное образование в крестцово-копчиковой области размерами 10 * 6 * 5 см; образование покрыто нормальной кожей. При пальпации оно безболезненное, неоднородной консистенции (плотно-эластические участки чередуются с мягкими и грубыми плотными). Анальное отверстие сформировано правильно. Меконий отходит свободно. Анализ крови: Hb- 180г/л, Ht- 35, L- 9,0 * 10⁹/л. формула крови: п- 4 %, с- 66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. На контрастной рентгенограмме таза на фоне ирригографии с барием в двух проекциях выявляется опухолевидное образование, оттесняющее прямую кишку. Образование неоднородно: видны участки затемнения, участки костей, фрагменты, напоминающие части тела.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Расскажите о тактике лечения данной патологии, обоснуйте её.

ОТВЕТ

1. Крестцово-копчиковая тератома.
2. Оперативное лечение (удаление тератомы) в возрасте 1-2 месяцев (в зависимости от размеров тератомы и наличия осложняющих фоновых заболеваний). Тератома озлокачивается максимум в 6-месячном возрасте; затягивание операции до этого возраста рискованно – озлокачивание может наступить и раньше; в то же время оперативное лечение в новорожденном возрасте вследствие травматичности и большого объема операции может привести к негативным последствиям для жизненных функций организма непосредственно во время операции или в раннем послеоперационном периоде.

Задача 183.

Мальчик возраста 6 лет болен 6 часов. Жалобы на резкую боль в левой половине мошонки. При осмотре наружных половых органов выявлено увеличение в размерах левой половины мошонки, кожа над ней гиперемирована. При пальпации левой половины мошонки определяется боль сильной интенсивности, яичко подтянуто к корню мошонки, увеличено в размерах по сравнению с левым. Правая половина мошонки не изменена, яичко находится на дне мошонки, безболезненное при пальпации. Анализ крови: Hb- 120

г/л, Нт- 35, L- $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$. формула крови: п- 4 %, с- 66 %, э- 2 %, лимф.- 22 %, мон.- 8 %. Анализ мочи: светло-желтая, уд. вес 1017, белка нет, лейкоциты – единичные в поле зрения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какова лечебная тактика данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Синдром отёчной и гиперемизированной мошонки (неспецифический орхоэпидидимит, перекрут и некроз гидатиды Морганьи с орхоэпидидимитом, травма яичка, перекрут яичка на семенном канатике).
2. Орхоэпидидимит при эпид. паротите, аллергический отёк мошонки.
3. Экстренная операция – ревизия яичка (оперативная тактика зависит от найденной патологии).

Задача 184.

Девочка возраста 4 лет заболела 3 дня назад, когда появилась неинтенсивные боли в области пупка, сопровождающиеся тошнотой. Рвоты не было. Отмечался самостоятельный стул с кровью тёмно-вишнёвого цвета. Температура тела $37,5^{\circ}$. За медицинской помощью родители не обращались. На второй день заболевания боль прекратилась. Была однократная рвота. В рвотных массах крови нет. Из заднепроходного отверстия отмечалось выделение крови в виде сгустков тёмно-вишнёвого цвета. Родители с ребёнком обратились в детский хирургический стационар. Состояние тяжёлое. Температура тела $37,6^{\circ}$. Пульс 140 в мин, удовлетворительного напряжения и наполнения. АД – 80/60 мм рт. ст. При глубокой пальпации живота ниже пупка и в правой подвздошной области отмечается умеренное защитное напряжение передней брюшной стенки, и в этой зоне наибольшая болезненность. Симптом Менделя и Щеткина–Блюмберга положительны в этих же областях. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном обследовании выявлено наличие в прямой кишке тёмно-вишнёвой крови. Лейкоциты $11,0-5 \cdot 10^9/\text{л}$. Нб – 78 г/л.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие дополнительные методы исследования применимы в данном случае?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Кровотечение из дивертикула Меккеля, сопровождающееся деструктивным дивертикулитом.
2. Лабораторное обследование: определение количества эритроцитов и гематокрита, коагулограмма. УЗИ органов брюшной полости.
3. Экстренное оперативное лечение (удаление дивертикула Меккеля) после предоперационной подготовки в течение 3 часов (регидратация, посиндромная терапия) на фоне переливания эритроцитарной массы.

Задача 185.

У мальчика 6 мес. года после выписки из роддома пупочная ранка не зажила, видны патологические грануляции. Общее состояние ребенка не страдает. Периодически из пупочной ранки появляется серозно-геморрагическое отделяемое, отек и легкая гиперемия

мягких тканей вокруг. При пальпации в толще брюшной стенки по средней линии от пупка книзу определяется уплотненный шнуровидный тяж длиной до 3 см. при разведении кожи пупка определяется точечное отверстие, зонд проводится на глубину до 1,5 – 2 см. по направлению к лону.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данной патологии?

ОТВЕТ

1. Неполный пупочный свищ (незаращение урахуса).
2. Склерозирующая терапия (введение в свищ 5-10% р-ра Ag No3) в течение 2 недель ежедневно, при отсутствии эффекта плановое оперативное лечение – иссечение свища.

Задача 186.

Девочка возраста 1 года 8 мес поздно начала ходить. Походка «утиная». Физическое развитие соответствует возрасту. Хронических заболеваний нет. До этого осмотры хирурга и ортопеда в поликлинике по месту жительства проходила регулярно. Родители с ребёнком обратились к детскому ортопеду стационара. При осмотре: живот несколько отвисает, область проекции тазобедренных суставов деформирована за счет выбухания больших вертелов. Усилен поясничный лордоз. Ограничено отведение бедер, остальные движения бедер в полном объеме. Дно скарпова треугольника пусто. Пульс на большеберцовых артериях не исчезает при попытке сдавить сосудистый пучок под пупартовой связкой. Большой вертел выше линии Розера-Нелатона.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данного заболевания?
3. Ваша оценка предшествующих профилактических осмотров детского хирурга и ортопеда.

ОТВЕТ

1. Врождённый вывих бедра с двух сторон.
2. 1 этап: тенотомия мышц аддукторов бедра и скелетное вытяжение за дистальные метафизы бёдер для низведения головки бедра на уровень вертлужной впадины; 2 этап: закрытое вправление вывихов с фиксацией этапными гипсовыми повязками, при отсутствии эффекта – открытое вправление вывихов.
3. Не диагностированный до данного возраста вывих говорит о низкой профессиональной квалификации этих специалистов.

Задача 187.

Девочка возраста 3 месяцев, поступила в детский хирургический стационар. Жалобы на срыгивания и рвоту, иногда “фонтаном”, с 4 – 5 дня рождения, не каждый день. Вес при рождении 3200 грамм; при поступлении в стационар 4800 грамм. В рвотных массах иногда отмечается небольшая примесь желчи, других патологических примесей нет. Гипотрофия 1- 2 степени. Тургор клетчатки и кожи несколько понижен. Живот умеренно увеличен в объёме. Видимой на глаз перистальтики нет. Стул 1 – 2 раза в сутки. Мочеиспускание 6 – 8 раз в сутки.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие заболевания могут вызывать данную клиническую картину?
3. Укажите необходимые для уточнения диагноза дополнительные методы исследования.

4. Какова тактика лечения заболеваний, которые могут вызвать данную клиническую картину?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии.
2. Возможно наличие высокой врождённой рецидивирующей обтурационной кишечной непроходимости, пилороспазм.
3. ФЭГДС, рентгенография желудка и 12перстной кишки с барием.
4. Лечение халазии кардии консервативное (антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H₂-гистаминорецепторов и блокаторы протоновой помпы, антибактериальное лечение), также как и пилороспазма (дробное питание, введение внутрь за 5 мин до кормлений по 1 кап 0,1% р-ра атропина). Данные заболевания зачастую сочетаются. Высокая рецидивирующая кишечная непроходимость лечится оперативно в плановом порядке по установлению диагноза.

Задача 188.

Вы участковый врач педиатр, пришедший по вызову к девочке возраста 9 лет. Ребёнок жалуется на боль в животе в течение последних суток без определенной локализации, но чаще всего концентрирующейся в области пупка. От применяемого тепла боль снижается в интенсивности. Дважды была рвота. Стул после клизмы. Температура тела 38,6°. Зев гиперемирован. Миндалины увеличены, разрыхлены. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы (до 0,5 см в диаметре) подвижные, безболезненные. Живот не вздут, симметричный. При поверхностной пальпации отмечается умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки и разлитая болезненность. При глубокой пальпации определяется выраженная болезненность в области пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга и симптом Менделя отрицательные во всех отделах живота. В отлогих местах брюшной полости свободная жидкость не определяется. Дизурических явлений нет. Лейкоциты $18,4 \cdot 10^9/\text{л.}$, в моче следы белка, лейкоциты 3 – 5 в поле зрения.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие заболевания могут вызвать данную клиническую картину?
3. Ваша тактика как участкового педиатра?

ОТВЕТ

1. Острый мезаденит, ОРВИ.
2. Острый аппендицит (медиальное расположение отростка), инфекция мочевыводящих путей.
3. Экстренное направление на консультацию в детский хирургический стационар (вызов машины скорой помощи, написание направления).

Задача 189.

Мальчик 1,5 лет. Болен с рождения. В правой паховой области имеется выпячивание округлой формы. Мошонка недоразвита. Кожа не изменена. Выпячивание плотноватой консистенции, слегка болезненно при пальпации, в брюшную полость не вправляется. Правая половина мошонки “пустая”. Симптом просвечивания отрицательный. Наружное паховое кольцо расширено. Симптом “кашлевого толчка” положительный. Общее состояние не страдает.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какова тактика лечения данного состояния, в чём заключается лечение?

3. Какие осложнения возникают в отсутствии лечения?

ОТВЕТ

1. Правосторонний крипторхизм (ингвинальная форма).
2. В данном возрасте показано плановое оперативное лечение, заключающееся в мобилизации семенного канатика и яичка, низведении яичка в мошонку и его фиксации.
3. Нарушение сперматогенеза, малигнизация неопущенного яичка, повышенная опасность перекрута яичка.

Задача 190.

Девочка 12 лет была сбита на катке. Ударилась головой о лед. Потеряла сознание. По дороге в машине скорой помощи несколько раз была рвота. Девочка беспокойна, пыталась встать. Доставлена в детский хирургический стационар. При осмотре – возбуждена, на вопросы отвечает правильно. О случившемся ничего не помнит. Отмечается наличие нистагма при взгляде влево, слева имеется сглаженность носогубной складки, язык отклоняется влево. Брюшные рефлексы понижены слева. Сухожильные рефлексы симметричны. АД - 120/80 мм.рт.ст. Пульс 120 в мин. На рентгенограмме черепа патологии не выявлено. Спинно-мозговая пункция – ликвор окрашен кровью. Ликворное давление – 200 мм водного ст.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие методы дополнительных исследований вы можете применить для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние.
2. Ультразвуковое М-эхоскопическое исследование головного мозга, РКТ черепа и головного мозга.
3. Консервативное лечение в течение 4 недель: постельный режим, седативные средства, антибактериальная и гемостатическая терапия, средства, улучшающие мозговое кровообращение и обменные процессы в головном мозге.

Задача 191.

Девочка возраста 1 года 2 мес., находилась на искусственном вскармливании. С рождения отмечается редкий самостоятельный стул. С возрастом промежутки между самостоятельным стулом удлинились до нескольких дней. Растет вялой, бледной, худой. Страдает рахитом. Жалобы матери на плохой аппетит. Девочка поступила на плановое обследование в педиатрический стационар. Живот увеличен в размерах, округлый, мягкий, безболезненный. Отмечается диастаз прямых мышц живота, пупочная грыжа. Тимпанит во всех отделах живота, перистальтика вялая, редкая. Тонус сфинктера прямой кишки обычный. При рентгенографии кишечника с барием отмечается сглаженность гаустрации толстого кишечника, избыточная петлистость сигмовидной кишки, участков сужения не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие методы исследования можно применить для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Нейроинтестинальная дисплазия, долихосигма.
2. Колоноскопия с манометрией и взятием участка стенки толстой кишки для патогистологического и гистохимического исследования.
3. Консервативное лечение: послабляющая диета, вазелиновое масло внутрь, электростимуляция моторики кишечника, парентерально курсы р-ра прозерина, витаминов В1, В6.

Задача 192.

Мальчик возраста 5 лет накануне катался с горы на санках, упал, почувствовал боль сильной интенсивности в правом коленном суставе и в верхней трети голени. Самостоятельно встал, с трудом дошел домой. Общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,7 градусов. Пульс 100 ударов в мин. Верхняя треть правой голени по внутренней поверхности увеличена в объёме, умеренно гиперемирована, болезненна при пальпации, движения в правом коленном суставе возможны, но болезненны. Баллотирования надколенника справа нет. Лейкоциты $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, формула крови: пал-9, сегм-80, л-10, э-1.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Какова тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Острый гематогенный остеомиелит правой большеберцовой кости.
2. Рентгенография костей правой голени с захватом коленного сустава в двух проекциях.
3. Экстренная операция – нанесение остеоперфорационных отверстий в очаге поражения кости, параоссальное дренирование. Консервативное лечение: воздействие на макроорганизм и микроорганизм.

Задача 193.

У мальчика возраста 3 недели после отпадения пуповины пупочная ранка плохо заживает. Ребенок беспокоен. Имеется обильное серозно-гнойное отделяемое, которое образует струп. В центре пупочной ямки видно опухолевидное образование, плотное на ощупь, безболезненное, бледно-розовой окраски. Вокруг кожа отечная, гиперемирована. Температура тела 37,5. Родители обратились в детский хирургический стационар. При ревизии пупочной ранки свищевых ходов не выявлено.

1. Ваше мнение по диагнозу?
2. Какие осложнения могут иметь место при этом заболевании?
3. Тактика лечения данного заболевания?

ОТВЕТ

1. Флегмонозный омфалит, гранулёма пупка.
2. Некротический омфалит, перитонит, пупочный сепсис.
3. Экстренная госпитализация, назначение консервативного лечения: воздействие на макроорганизм и микроорганизм. Местно в первые сутки – туалет пупка, повязки с гипертоническим раствором поваренной соли, при отсутствии положительного эффекта, а, тем более, при отрицательной динамике местного процесса, показано экстренное

оперативное лечение: нанесение разрезов-насечек вокруг пупочной ранки в местах воспалённо изменённых тканей.

Задача 194.

Новорожденный 4 дней родился массой 3200. Роды протекали нормально. Закричал сразу. К груди приложен на 2-е сутки, сосал активно. На 3-и сутки в роддоме появилась рвота молоком с примесью желчи, а затем «меконием». Появилось равномерное вздутие живота, стали видны стоячие петли кишечника. Поставлена сифонная клизма – мекония не получено (до этого меконий самостоятельно не отходил). На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество уровней жидкости. Общий анализ крови: Hb – 174 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, цвет – жёлтая, плотность – 1018, реакция – кислая, эпителий – мало, лейкоциты – 3-4 в поле зрения, эритроциты – (-), цилиндры – (-).

1. Ваш диагноз как врача неонатолога?
2. Обоснуйте диагноз.
3. В чём ошибка медперсонала роддома?
4. Тактика врача неонатолога.
5. Особенности транспортировки новорожденного.

ОТВЕТ

1. Врождённая низкая кишечная непроходимость.
2. Позднее возникновение рвоты, отсутствие меконеального стула, увеличение живота в объёме, рентгенологические признаки низкой кишечной непроходимости.
3. Отсутствие отхождения мекония в течение первых суток уже само по себе является признаком врождённой низкой кишечной непроходимости, что не было учтено.
4. Экстренная консультация детского хирурга, оценка транспортабельности ребёнка, перевод ребёнка в детский хирургический стационар в условиях реанимобиля.
5. В реанимобиле: транспортный кювез, возвышенный головной конец, оксигенотерапия.

Задача 195.

Ребенку 16 дней, родился с массой 3600, роды протекали нормально, закричал сразу. С рождения отмечались срыгивания. В возрасте 10 дней появилась рвота с примесью желчи. Стул был всегда с трудом 1 раз в сутки, плотным калом. В последнее время задержка стула в течение 3-х дней, отмечается равномерное вздутие живота, учащение рвоты. Родители обратились к педиатру по месту жительства. При осмотре живот умеренно увеличен в объёме, внешних патологических изменений передней брюшной стенки нет; мягкий, при пальпации ребёнок беспокоен. Общий анализ крови: Hb – 184 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, Цвет – жёлтая, Плотность – 1018, Реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 ммоль/л, АсАТ – 87 нмоль/(с.л.), АлАТ

– 112 нМоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкМоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 мМоль/л, Креатинин – 0,08 мкМоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какова тактика педиатра?
3. Какие диагностические и лечебные манипуляции необходимо провести при поступлении в детский хирургический стационар?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, декомпенсированная форма.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар в экстренном порядке (вызов скорой помощи, написание направления).
3. Рентгенография брюшной полости в вертикальном положении в прямой проекции, очистительная (при необходимости – сифонная) клизма.

Задача 196.

Новорожденный 3-х дней, родился с массой 2200, срок гестации 34 недели. В родах развивалась вторичная родовая слабость. Проводилась стимуляция, а затем извлечение плода с помощью щипцов. Отмечалась аспирация околоплодными водами. Закричал не сразу, лишь после удаления околоплодных вод и искусственного дыхания. Приложен к груди на 3-и сутки, после чего отмечалась рвота без примеси желчи. Меконий отошел в первые и вторые сутки, затем кал не отходил. Живот умеренно вздут в эпигастрии, мягкий, безболезненный. Дыхание жёсткое, с обеих сторон влажные хрипы. Ребенок направлен в детский хирургический стационар. Общий анализ крови: Hb – 184 г/л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, цвет – жёлтая, плотность – 1018, реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 мМоль/л, АсАТ – 87 нМоль/(с.л.), АлАТ – 112 нМоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкМоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 мМоль/л, Креатинин – 0,8 мкМоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л.

1. Какое заболевание у ребенка?
2. Почему симптоматика заболевания проявилась позже, чем это бывает в типичном случае?
3. Какие диагностические и лечебные мероприятия необходимо провести в детском хирургическом стационаре?

ОТВЕТ

1. Высокая врождённая обтурационная кишечная непроходимость, двухсторонняя пневмония, недоношенность 2 ст.
2. Вследствие тяжести общего состояния ребёнка, вызванного недоношенностью, интранатальной асфиксией и двухсторонней пневмонией.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости в вертикальном положении в прямой проекции. Оценка степени дегидратации и, в зависимости от неё, длительность предоперационной подготовки (2 ст. – 12 час, 3 ст. – 24 час; включается объём регидратации,

восполнение жизненных потребностей и патологических потерь) с последующей операцией, объём и характер которой будет зависеть от интраоперационных находок.

Задача 197.

У новорожденного ребенка, родившегося в срок с массой тела 3800 и в нормально протекавших родах, на 3-и сутки после рождения внезапно среди полного здоровья появилась рвота с кровью в виде «кофейной гущи» и дегтеобразный стул, повторившийся три раза через короткий промежуток времени. Ребенок стал вялым, бледным, отказался от груди. При осмотре: состояние средней тяжести, температура нормальная, живот не вздут, безболезненный. Трещин сосков у матери нет. Общий анализ крови: Нб – 114г/л, Эритроциты – $2,5 \cdot 10^{12}$ /л, Тромбоциты – $260,5 \cdot 10^9$ /л, Лейкоциты – $10 \cdot 10^9$ /л, П – 8, С – 70, Э – 4, Б – 0, Л – 12, М – 6, СОЭ – 24 мм/час; Общий анализ мочи: прозрачная, Цвет – жёлтая, Плотность – 1018, Реакция – кислая, Эпителий – мало, Лейкоциты – 3-4 в поле зрения, Эритроциты – (-), Цилиндры – (-). Биохимия крови: Глюкоза – 4,85 ммоль/л, АсАТ – 87 нмоль/(с.л.), АлАТ – 112 нмоль/(с.л.), Билирубин (своб.) – 18,3 мкмоль/л, Тимоловая – 2 ед., Мочевина – 1,97 ммоль/л, Креатинин – 0,8 мкмоль/л, Общ. Белок – 68,7 г/л. Удлинение протромбинового времени.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какие диагностические мероприятия необходимы?
4. Тактика врача неонатолога.

ОТВЕТ

1. Геморрагическая болезнь новорождённого.
2. Время появления кровотечения из ЖКТ. Отсутствие патологической симптоматики при объективном обследовании живота.
3. ФЭГДС.
4. Консервативное лечение (парентеральное введение активной формы витамина К, при отсутствии данного препарата – введение викасола).

Задача 198.

Мальчик 2 лет и 2 месяцев поступил в ДХО по поводу острого кишечного кровотечения. Заболел накануне среди полного здоровья. Внезапно появилась бледность, холодный пот, однократная рвота без патологических примесей. Через несколько часов – обильный стул со сгустками темной-вишнёвой крови. При поступлении состояние тяжелое, бледен, пульс слабого наполнения, 124 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В крови: гемоглобин – 69 г/л, эритроцитов – 1млн 700 тыс. Проведена массивная гемостатическая терапия. Состояние улучшилось, гемоглобин поднялся до 102 г/л. Выписан домой через 4 суток. Ещё через 2 суток повторно доставлен в больницу в тяжелом состоянии с явлениями перитонита.

1. Ваш предположительный диагноз при первом поступлении?
2. В связи с чем развился перитонит?

3. В чем ошибка хирурга?
4. Какова должна быть тактика хирурга?

ОТВЕТ

1. Кровотечение из дивертикула Меккеля (возможно также удвоение участка кишечника, кровотечение из полипа кишечника)
2. Возникла перфорация дивертикула Меккеля.
3. Выписка домой без уточнения источника кровотечения.
4. Консервативная гемостатическая терапия, после остановки кровотечения родителям должна быть предложена эксплоративная лапароскопия или лапаротомия. При повторном поступлении – экстренная лапаротомия, удаление дивертикула, санация и дренирование брюшной полости.

Задача 199.

Ребенок 2 года 10 месяцев заболел внезапно. Повысилась температура до 39 градусов, рвота, боли в коленных и голеностопных суставах, в животе. На следующий день появилась полиморфная геморрагическая сыпь на стопах, разгибательных поверхностях голеней и бедер, симметрично расположенная. А еще через день – обильная примесь крови в испражнениях. Вскоре ребенок стал жаловаться на резкие приступообразные боли в животе, со светлыми промежутками между ними в 10-20 мин. Из заднего прохода обильные кровянистые выделения. При пальпации живота на фоне мягкой брюшной стенки отмечается резкая болевая реакция и опухолевидное образование справа выше пупка, расцененное педиатрами, как гематома в стенке кишки. Состояние продолжало ухудшаться. Вызванный на следующий день детский хирург направил ребенка в хирургический стационар для срочной операции.

1. Какое заболевание было у ребенка?
2. В чем ошибка педиатров?
3. Какое исследование надо было провести при обнаружении «опухоли в животе»?

ОТВЕТ

1. Болезнь Верльгофа и спровоцированная ею кишечная инвагинация.
2. Неправильная оценка характера объемного образования в брюшной полости.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении ребёнка, ирригоскопия с воздухом.

Задача 200.

Мальчик 10 лет упал с высоты 2 метра и ударился левым боком о землю. Сознания не терял. Почувствовал боль в левом подреберье, которая постепенно распространялась на весь живот. Доставлен в детский хирургический стационар через 1 час после травмы. При поступлении: температура нормальная, пульс – 120 в мин, давление 100/60 мм. рт. ст.; гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты – 23000. Живот ограниченно участвует в акте дыхания. Резкая болезненность в левом верхнем квадрате живота, мышечное напряжение, притупление в левой подвздошной области.

1. Какой диагноз у мальчика?

2. Какие дополнительные методы диагностики необходимы для подтверждения диагноза?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Закрытый разрыв селезёнки, внутрибрюшное кровотечение.
2. УЗИ, РКТ органов брюшной полости; лапароцентез с исследованием жидкости в брюшной полости; лапароскопия.
3. Экстренная операция, в зависимости от характера травмы – спленэктомия или спленоррафия, санация брюшной полости.

Задача 201.

У мальчика 5 лет сутки назад появилась бледность и желтушность кожных покровов и слизистых, слабость, вялость. Стал жаловаться на головокружение. Моча темного цвета. Такое состояние было отмечено 5 месяцев назад. Родители за помощью не обращались. У матери в анамнезе удалена селезенка, причину этого она не помнит. При осмотре: отстаёт в физическом развитии. Кожа с желтушным оттенком. Живот несколько увеличен в размерах. Селезенка выступает на 5 см, печень – на 3 см ниже рёберной дуги, поверхность их гладкая, пальпация безболезненна, других патологических объёмных образований в брюшной полости не выявлено. В крови выраженная анемия (Hb-80 г/л).

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному?
3. Лечебная тактика.

ОТВЕТ

1. Наследственная гемолитическая микросфероцитарная анемия Минковского-Шоффара.
2. Микроскопическое исследование эритроцитов, подсчёт количества ретикулоцитов; исследование осмотической стойкости эритроцитов.
3. Спленэктомия в плановом порядке.

Задача 202.

Девочка 13 лет страдает болезнью Верльгофа с 8 лет, которая проявляется частыми носовыми кровотечениями и геморрагическим проявлениями на коже, слизистых. Накануне появились небольшие боли внизу живота и кровянистые выделения из влагалища. Через несколько часов началось обильное кровотечение из влагалища. Девочка побледнела, перед глазами стали мелькать черные «мушки». Врач скорой помощи доставил больную в педиатрический стационар в 16.00, расценив состояние как криз при болезни Верльгофа. При поступлении гемоглобин 90 г/л. Дежурный педиатр ввел викасол, хлористый кальций, назначил холод на живот. Состояние не улучшилось, кровотечение продолжалось. К утру гемоглобин упал до 69 г/л, число эритроцитов – до 2 млн., пульс стал слабым, частым, резкая бледность кожи и слизистых. В тяжелом состоянии больная переведена в хирургический стационар.

1. В чем ошибка дежурного врача?

2. Какова должна быть тактика при подобных геморрагиях?
3. Каковы показания для оперативного лечения болезни Верльгофа?

ОТВЕТ

1. При поступлении необходима гемотрансфузия, переливание тромбоцитарной массы.
2. При отсутствии положительной клинической и лабораторной динамики (показатели красной крови должны исследоваться ежедневно) ребёнок должен быть в экстренном порядке переведён в детский хирургический стационар для спленэктомии.
3. Неостанавливающееся консервативными методами кровотечение, угрожающее жизни больного; хронические и рецидивирующие формы тяжёлой и среднетяжёлой формы.

Задача 203.

В приёмное отделение детского хирургического стационара из соматического педиатрического стационара направлен ребёнок двух месяцев, у которого с рождения отмечается желтушность кожных покровов, ахоличный стул и тёмная моча. При объективном обследовании определяется печень на 2 см ниже рёберной дуги, край её плотный, гладкий. Патологических объёмных образований в брюшной полости не определяется. Согласно выписке из истории болезни при проведении УЗИ органов брюшной полости наружные желчные ходы визуализировать не удалось; в анализах отмечен повышенный уровень трансаминаз и связанного билирубина.

1. Ваш диагноз, какие дополнительные исследования нужно назначить для верификации диагноза?
2. Ваше мнение о своевременности направления ребёнка к детскому хирургу?
3. Какова тактика детского хирурга в данном случае?

ОТВЕТ

1. Атрезия наружных желчевыводящих путей. Исследования кала на стеркобилин и мочи на уробилиноген; исследование на наличие токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции.
2. Направление с опозданием – к 2-м месяцам при наличии данного заболевания в печени развиваются цирротические изменения.
3. Оперативное лечение по установлению диагноза. При наличии коррегируемой формы порока – билиодигестивный анастомоз. При некоррегируемой – биопсия печени, в последующем – трансплантация печени.

Задача 204.

У ребёнка 2-х лет во время купания мать впервые обнаружила объёмное брюшной полости. С данными жалобами родители ребёнка обратились к педиатру поликлиники. При осмотре: правая половина брюшной полости занята объёмным образованием 20*8*8 см, плотным, умеренно болезненным. Других жалоб родители не предъявляют.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. К какому специалисту Вы, как участковый педиатр, обратитесь за консультацией?

3. Тактика обследования и лечения?

ОТВЕТ

1. Нефробластома справа.
2. К детскому хирургу поликлиники, возможно и непосредственное направление ребёнка в специализированный детский хирургический стационар.
3. УЗИ, РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; экскреторная урография (снимки в прямой и боковой проекции). Лечение: учитывая наличие опухоли 3-4 стадии, показана предоперационная химиотерапия, затем оперативное удаление опухоли с регионарными лимфоузлами и прилежащей паранефральной клетчаткой, курсы химиотерапии в послеоперационном периоде.

Задача 205.

У ребёнка 2-х лет родители обнаружили в брюшной полости 2 объёмных образования слева и справа, каждое 15*7*7 см. В течение последних 5 мес. ребёнок был капризен, отказывался от пищи, плохо спал. Стул и мочеиспускание без особенностей. К Вам обратились, как к детскому хирургу поликлиники. До этого родители обращались к педиатру, который отправил ребёнка на общий анализ крови, в котором обратило на себя внимание наличие лейкоцитоза ($16 \cdot 10^9/\text{л}$), других патологических изменений не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Тактика обследования?

3. Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Двухсторонняя нефробластома.
2. УЗИ, РКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства; экскреторная урография (снимки в прямой и боковой проекции).
3. Учитывая двухсторонний характер поражения (5 стадия процесса) – консервативное противоопухолевое лечение (химиотерапия).

Задача 206.

У девочки 3-х лет с шестимесячного возраста диагностирована паховая грыжа справа. В течение последнего часа ребёнка беспокоят боли в месте вновь появившегося выпячивания, которое при попытке родителей не вправляется в брюшную полость. Отмечалась однократная рвота. Родители с ребёнком обратились в порядке скорой помощи в детский хирургический стационар.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Её обоснование?

ОТВЕТ

1. Ущемлённая паховая грыжа справа.

2. Экстренная операция.
 3. Показано только оперативное лечение (без попыток закрытого вправления ущемлённой грыжи) в связи с большой частотой ущемления у девочек яичника, некроз которого при этом наступает очень быстро.
- Задача 207.**

К Вам, как к детскому хирургу поликлиники, обратились родители ребёнка с жалобами на наличие у их дочери при беспокойстве выпячивания в области пупка 1*1*1 см; возраст ребёнка-1 год. Других жалоб нет. На момент осмотра выпячивания нет. При пальпации определяется дефект апоневроза в области пупочного кольца диаметром 0,8 см.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика и методика лечения.

ОТВЕТ

1. Пупочная грыжа.
2. Наблюдение до 5-летнего возраста. В случае сохранения грыжи в данном возрасте – грыжесечение по Шпици.

Задача 208.

У мальчика 3-х лет с полугодового возраста диагностирована пахово-мошоночная грыжа справа. В течение последних двух часов мальчик беспокоен, грыжевое выпячивание увеличилось и, со слов родителей, перестало вправляться в брюшную полость. В течение последних 5 дней ребёнок находится на амбулаторном лечении по поводу ОРВИ. В настоящее время у него сохраняются насморк, кашель, гиперемия зева, температура тела 37,3 град. При объективном обследовании при неинтенсивных попытках вправления грыжевое выпячивание действительно не вправляется в брюшную полость.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения, её обоснование?
3. Методики лечения.

ОТВЕТ

1. Ущемлённая пахово-мошоночная грыжа справа.
 2. Учитывая ранний срок поступления и наличие сопутствующего ОРВИ возможна попытка консервативное вправления грыжи.
 3. В/м введение по 0,3 мл 0,1% р-ра атропина и 0,3 мл 1% р-ра димедрола, тёплая грелка на низ живота, возвышенное положение ног (на 30 мин). При отсутствии вправления грыжи после перечисленных мероприятий показана экстренная операция. В случае вправления грыжи ребёнок направляется на амбулаторное долечивание ОРВИ с последующим после выздоровления плановым грыжесечением.
- Задача 209.**

У только что родившегося ребёнка в роддоме обнаружили эвентрацию петель кишечника на переднюю брюшную стенку. Вы, врач неонатолог, при осмотре выявили: в области пупочного кольца имеется дефект передней брюшной стенки диаметром 4 см, по краям видны разорванные лоскуты серозной оболочки, из дефекта на переднюю брюшную

стенку эвентрированы ничем не покрытые петли кишечника обычного цвета, без гиперемии и налётов фибрина.

1.Ваш диагноз?

2.Ваша тактика, как врача неонатолога?

3.Как лечится данная патология?

ОТВЕТ

1. Грыжа пупочного канатика, разрыв грыжевых оболочек, эвентрация кишечника.
 2. Наложение на эвентрированные петли кишок стерильных влажных салфеток и не тугой бинтовой повязки, незамедлительный перевод ребёнка в детский хирургический стационар (в условиях реанимобиля) для неотложного оперативного лечения.
 3. При соответствии органов брюшной полости её объёму – радикальная операция; при несоответствии – операция по Гроссу или с применением полимерных материалов.
- Задача 210.**

Мальчика 2-хнедельного возраста родители принесли на приём к ортопеду. При объективном осмотре выявлено подошвенное сгибание обеих стоп, их супинация и приведение передних отделов. Ортопед при объективном исследовании обнаружил возможность ручной коррекции деформации с некоторым пружинящим сопротивлением.

1.Ваш диагноз?

2.Степень заболевания?

3.Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Двухсторонняя госолапость.
 2. 2 степень.
- Консервативное коррегирующее лечение с помощью этапных гипсовых повязок до 6-тимесячного возраста. При отсутствии эффекта – оперативное лечение (тенолигаментокапсулотомия) в возрасте 6-ти месяцев.

Задача 211.

Девочке 3 недели. Жалобы родителей на наличие объёмного образования в области шеи справа и постоянного лёгкого наклона головы в эту сторону. Объективно: в области нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа имеется овальное объёмное образование 1,5*1,5 см, эластической консистенции, безболезненное. Общее состояние ребёнка не страдает.

1.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика?

3.Её конкретное содержание?

ОТВЕТ

1. Врождённая правосторонняя мышечная кривошея.
2. Консервативное лечение.
3. Массаж мышц шеи на здоровой стороне, лёгкая корригирующая гимнастика (наклон головы в здоровую сторону и поворот в больную), ношение корригирующего воротничка – ежедневно в течение года. Физиотерапия: электрофорез с КJ или пеницилламином на область поражения №15 каждые 3 месяца.

Задача 212.

У ребёнка 10 лет среди полного здоровья дома возникла многократная рвота, резкие схваткообразные боли в животе, после чего (через 10 минут) ребёнок потерял сознание. Машиной скорой помощи ребёнок доставлен в детский хирургический стационар. Сознание отсутствует, зрачки одинаковые, реакция на свет сохранена, патологических рефлексов, менингеальных знаков нет. При осмотре ребёнка вы видите на животе в правой подвздошной области рубец 1*8 см, белесого цвета, со слов родителей 2 года назад имела место аппендэктомия. Живот в объёме несколько увеличен, передняя брюшная стенка напряжена.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования Вы проведёте?
3. Ваша лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Поздняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость, сверхострая форма.
2. Рентгенография брюшной полости в прямой проекции в вертикальном положении больного.

Немедленная госпитализация ребёнка в отделение реанимации, где, во время развёртывания операционной для неотложной операции, проводится кратковременная предоперационная посиндромная подготовка.

Задача 213.

В детский хирургический стационар обратились родители ребёнка 3 мес. с объёмным образованием волосистой части головы 2*2,5 см, на 0,1 см возвышающееся над уровнем окружающей кожи, красного цвета, безболезненное, бледнеющее при надавливании. Данное образование имеет место с рождения, в последние 2 недели отмечается увеличение образования в размерах.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения, обоснование.

ОТВЕТ

1. Капиллярная гемангиома волосистой части головы.
2. Оперативное лечение – иссечение гемангиомы. Если бы данное образование располагалось на другом участке тела, мог быть применён метод криодеструкции. На волосистой части головы при наличии гемангиомы данного размера криодеструкция приведёт к образованию значительного по площади участка, лишённого роста волос.

Задача 214.

В детский хирургический стационар из поликлиники направлен мальчик 5 лет с диагнозом: мегаколон. Со слов родителей с рождения у ребёнка запоры. Стул получали только после слабительных средств и очистительных клизм. Объективно: ребёнок бледный; живот увеличен в объёме, в горизонтальном положении «распластанный»; мягкий, при пальпации в нижних отделах определяется 3 умеренно подвижных плотных образования 4*4*4 см. Общие анализы крови и мочи без патологии.

1. Ваш диагноз?

2. Какие лечебно-диагностические мероприятия Вы предпримете.

3. Какова тактика радикального лечения, его принципиальные моменты?

ОТВЕТ

1. Болезнь Гиршпрунга, субкомпенсированная форма.
2. Сифонные клизмы. После очищения кишечника – ирригография с бариевой взвесью.
3. Радикальным является только оперативное лечение, разные методики которого принципиально заключаются в резекции аганглионарной зоны и наиболее изменённого участка супрастенотического расширения с последующим наложением кишечных анастомозов.

Задача 215.

На приём к детскому хирургу поликлиники обратились родители с мальчиком месячного возраста. 3 дня назад у ребёнка появились срыгивания после кормлений, в последние сутки спустя час после кормлений отмечается рвота створоженным молоком с кислым запахом; уменьшилось количество мочеиспусканий, стула не было в течение суток. Объективно: ребёнок нормального питания; кожа чистая, обычного цвета, тургор подкожно-жирового слоя сохранён; живот не вздут, мягкий, безболезненный; во время осмотра в эпигастрии и правом мезогастррии периодически появляются и исчезают округлые выпячивания передней брюшной стенки.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия как хирурга поликлиники?
3. Какие дополнительные обследования требуются в данном случае?
4. Как лечится данное заболевание?

ОТВЕТ

1. Врождённый пилоростеноз.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар в экстренном порядке.
3. ФЭГДС, при сомнениях в диагнозе – рентгенография желудка с бариевой взвесью.
4. Оперативное лечение – пилоромиотомия по Рамштедту.

Задача 216.

Мальчик 10 лет находится в реанимационном отделении детского хирургического стационара в течение 3 суток после автодорожной аварии с диагнозом: тяжёлый ушиб головного мозга, субарахноидальное кровоизлияние, кома 1. Дежурный нейрохирург

заметил изменение в неврологическом статусе ребёнка: расширение правого зрачка; повышение мышечного тонуса и сухожильных рефлексов левых конечностей.

1. Ваш диагноз?

2. Экстренные дополнительные обследования?

3. Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Внутричерепная гематома справа.
2. РКТ головного мозга и черепа; при отсутствии возможности выполнить данное исследование – ультразвуковая М-экокопия или каротидная ангиография.
3. Костнопластическая трепанация черепа справа, эвакуация гематомы, гемостаз.

Задача 217.

Из детской поликлиники в хирургический стационар направлена девочка 6 лет. В течение последних 5 месяцев периодически отмечается ухудшение самочувствия, подъёмы температуры тела до 37,5-38 град., незначительные болевые ощущения в животе без чёткой локализации. Данные состояния расценивались педиатрами поликлиники как проявления ОРВИ. Неделью назад девочке был назначен общий анализ мочи, который выявил патологию: белок-0,066 г/л, лейкоциты-30-40 в п/зр, слизь, бактерии+++. В общем анализе крови отмечен лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$, другой патологии нет. В настоящее время имеется учащённое мочеиспускание, живот мягкий, слегка болезненный в правом мезогастрii; поколачивание в поясничной области умеренно болезненно справа.

1. Ваш диагноз?

2. Необходимые дополнительные обследования для уточнения диагноза?

3. Методики их проведения?

ОТВЕТ

1. Инфекция мочевыводящих путей (пиелонефрит справа?).
2. УЗИ органов брюшинного пространства, экскреторная урография, микционная цистоуретрография.
3. Экскреторная урография: в/в введение водорастворимого йодсодержащего контраста (ультравист, верографин – 0,5 – 1 мл на кг веса) с последующими снимками через 5,10,15 мин (лёжа) и 20 мин (стоя) в прямой проекции; при необходимости – отсроченные снимки. Микционная цистоуретрография: введение того же контраста по катетеру в мочевой пузырь до появления императивных позывов на мочеиспускание, после чего выполняется снимок в прямой проекции в положении лёжа, а затем второй снимок во время мочеиспускания в полубоковой проекции.

Задача 218.

У девочки 7 лет год назад был диагностирован пиелонефрит слева и слева же-пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени. В течение года находилась на консервативном лечении у нефролога. На контрольном обследовании общий анализ мочи без патологии; при проведении микционной цистоуретрографии выявлен заброс контраста в мочеточник

и лоханку слева с дилатацией этих образований. Данный ребёнок направлен на консультацию в детский хирургический стационар к урологу.

1.Ваш диагноз?

2.Лечебная тактика, её принципиальные моменты?

ОТВЕТ

1. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс 3 степени.
2. Учитывая прогрессирование рефлюкса, несмотря на консервативное лечение, показано оперативное вмешательство в плановом порядке. В данном случае применяется операция Грегуара – удлинение интрамурального отдела мочеточника без вскрытия мочевого пузыря.

Задача 219.

Девочка 13 лет поступила в детское хирургическое отделение с жалобами на боли в правых отделах живота, периодически беспокоящие её в течение последней недели. Объективно: сложение астеническое, рост высокий. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правом мезогастрii, где нечётко пальпируется образование эластической консистенции 6*4 см, лучше выявляемое в положении стоя и не определяемое в положении лёжа. Общий анализ крови - без патологии. В общем анализе мочи - лейкоцитурia 15-20 в п/зр, белок – 0,132 г/л, другой патологии не выявлено.

1.Ваш диагноз?

2.Необходимые дополнительные обследования?

3.Лечебная тактика?

ОТВЕТ

1. Нефроптоз справа.
2. УЗИ органов брюшинного пространства, экскреторная урография.
3. Учитывая наличие при нефроптозе болевого синдрома и инфекции мочевыводящих путей (пиелонефрит) показано оперативное лечение – нефропексия.

Задача 220.

К Вам, как к детскому урологу, обратились родители с годовалым ребёнком. У мальчика имеет место деформация полового члена: он изогнут книзу в виде крючка, наружное отверстие уретры находится на вентральной поверхности проксимальной трети полового члена, крайняя плоть имеется лишь на дорсальной поверхности. Нарушения мочеотделения нет.

1.Ваш диагноз?

2.Форма заболевания?

3.Тактика лечения?

ОТВЕТ

1. Гипоспадия.
2. Стволовая форма.
3. До двухлетнего возраста необходимо провести первый этап оперативного лечения - выпрямление полового члена. Второй этап – пластика уретры - может быть выполнен через полгода после первого.

Задача 221.

В детский хирургический стационар из поликлиники направлен мальчик 7 лет с диагнозом: «Объёмное образование правой половины мошонки». При обследовании выявлено: внешне правая половина мошонки в верхней части несколько больше, чем левая. При пальпации над яичком определяется безболезненное образование, напоминающее клубок дождевых червей; яичко обычных размеров. Других жалоб нет.

1. Ваш диагноз?
2. Чем необычна данная клиническая картина, какие этиологические моменты могут её обуславливать?
3. Тактика дополнительного обследования?

ОТВЕТ

1. Варикоцеле справа.
2. Учитывая тот факт, что варикоцеле в абсолютном большинстве случаев встречается слева и в предпубертатном и пубертатном возрасте (данный факт объясняется особенностями анатомии левой яичковой вены), возникновение варикоцеле справа и в возрасте 7 лет может быть обусловлено нарушением венозного оттока, вызванного объёмным образованием брюшной полости или малого таза.
3. УЗИ и РКТ органов брюшной полости и малого таза.

Задача 222.

На приём к детскому хирургу поликлиники обратилась мать с 10-тидневным ребёнком. При рождении использовались родовспомогательные мероприятия в виде наложения шипцов. С рождения у ребёнка в верхней части задней поверхности грудной клетки имеется пятно красноватого цвета без чётких границ, кожа в данном месте утолщена. Пальпация этого участка безболезненна. Общее состояние не страдает, сон и аппетит сохранены. Контрольный общий анализ крови патологии не выявил.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифф. диагноз?
3. Врачебная тактика?

ОТВЕТ

1. Асептический некроз подкожно-жировой клетчатки.
 2. Некротическая флегмона новорождённого, рожистое воспаление.
- Лечения не требуется.

Задача 223.

В приёмное отделение детского хирургического стационара машиной скорой помощи доставлен мальчик 12 лет через 1 час после того, как он был сбит автомобилем с диагнозом: «Перелом костей правой голени». Персонал скорой помощи ввёл ребёнку обезболивающие, других лечебных мероприятий не осуществлялось. При обследовании в стационаре, включая рентгенологическое, был диагностирован закрытый косой перелом правой большеберцовой кости без видимого смещения.

1. Были ли ошибки в действиях персонала скорой помощи?
2. Тактика врача травматолога стационара (какой метод лечения должен быть применён)?
3. Её обоснование?

ОТВЕТ

1. Не была наложена транспортная иммобилизация.
2. Функциональный метод лечения – скелетное вытяжение за пяточную кость.
3. При применении иммобилизационного метода лечения данных переломов неизбежно возникает вторичное смещение отломков.

Задача 224.

К педиатру поликлиники обратились родители с девочкой 8 лет с жалобами на периодически беспокоящий в течение последних 8 месяцев кашель с гнойной мокротой, периодически отмечаются подъёмы температуры тела до фебрильных цифр. Объективно: девочка худая, несколько бледная. При аускультации в нижних отделах правого лёгкого дыхание жёсткое, выслушиваются мелкокалиберные влажные хрипы. Температура-37,4. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз: $13 \cdot 10^9$ л, нейтр.-85; эоз.-10; СОЭ-25 мм/ч. В анамнезе родители отмечают частые воспалительные заболевания верхних дыхательных путей и лёгких, беспокоящие девочку на протяжении последних 3 лет жизни.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика как педиатра поликлиники?
3. Какой дополнительный метод исследования позволят уточнить диагноз?
4. Какой метод лечения показан при данном заболевании?

ОТВЕТ

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Направление ребёнка в детский хирургический стационар.
3. Бронхография.
4. Оперативное лечение (удаление поражённого отдела лёгкого в пределах анатомических границ) после предоперационного консервативного лечения (включающего и санационную бронхоскопию).

Задача 225.

В детский хирургический стационар обратились родители с ребёнком 4-хмесячного возраста с жалобами на срыгивания и периодически имеющую место рвоту неизменной

пищей вскоре после кормлений. Данные явления отмечаются с рождения. Вес при рождении 3000, в настоящий момент – 5100. Стул, мочеиспускание без особенностей. Живот не увеличен в объёме, мягкий, безболезненный. В плане дополнительного исследования была выполнена ФЭГДС, которая выявила гиперемию дистальной трети пищевода, зияние розетки кардии.

1. Какие заболевания могут вызвать данную клиническую картину?
2. Как провести дифференциальную диагностику данных заболеваний?
3. Каковы методы лечения этих заболеваний?

ОТВЕТ

1. Ахалазия кардии, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Необходима рентгенография верхних отделов пищеварительного тракта с бариевой взвесью: введение контраста по зонду в желудок с последующим выполнением снимков в прямой и боковой проекции (ребёнок должен находиться в положении Тренделенбурга). Лечение халазии кардии: антациды, обволакивающие средства, ингибиторы H₂-гистаминорецепторов и блокаторы протонной помпы, антибактериальное лечение. Лечение грыж пищеводного отверстия диафрагмы оперативное: лапаротомия, низведение желудка в брюшную полость, пластика пищеводного отверстия диафрагмы, создание антирефлюксного механизма.

Задача 226.

К детскому ортопеду обратился мальчик 13 лет с жалобами на боли при ходьбе в области левого тазобедренного сустава, появившиеся месяц назад. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Внешних изменений со стороны области проекции левого тазобедренного сустава нет, пальпация безболезненна. Активные и пассивные движения в полном объёме, умеренно болезненны. Общий анализ крови без патологии. На рентгенограмме выявлено уплощение головки левого бедра с участками остеопороза; расширение шейки левого бедра.

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие методы лечения данного заболевания Вы знаете, в чём они заключаются?

ОТВЕТ

1. Болезнь Пертеса слева.
2. Юношеский эпифизеолиз шейки бедра.
3. Консервативный метод: покой для поражённой конечности; средства, улучшающие кровоснабжение поражённого отдела скелета (АТФ, рибоксин, витаминотерапия); физиотерапия (электрофарез с эуфиллином, препаратами кальция). При неэффективности консервативного лечения показано оперативное: подвертельная остеотомия бедра, туннелизация шейки бедра.

Задача 227.

Ребёнок 3 лет в течение 5 суток лечится по поводу ОРВИ амбулаторно. В течение последнего дня его состояние ухудшилось: температура поднялась до 39 град., появился обильный пот, резкая слабость, кашель с гнойной мокротой. С данной картиной он поступил в детский хирургический стационар. Объективно: одышка до 50 в мин., цианоз носогубного треугольника; в верхней доле правого лёгкого притупление при перкуссии,

там же-резкое ослабление жёсткого дыхания с влажными хрипами. На рентгенографии грудной клетки верхняя доля справа затемнена, в её центре имеется участок просветления с нечётким уровнем жидкости. В общем анализе крови: лейкоцитоз- $20 \cdot 9 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтр.-80, пал.-12, юн.-3, лимф-15, эоз-5; СОЭ-30 мм/ч.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика, её конкретное содержание?

ОТВЕТ

1. Правосторонняя бактериальная деструктивная пневмония, абсцесс верхней доли правого лёгкого.
2. Терапевтическое воздействие на макроорганизм и микроорганизм. Местное лечение: лечебно-санационная бронхоскопия; пункция, санация и дренирование абсцесса по Мональди.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{B+U3}{B+U3},$$

$$TK = 40$$

где B, U3 – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{\text{пз} + \text{реф}}{\text{ПЗ} + \text{РЕФ}}$$

$$\text{ТР} = 30 \quad ,$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$\text{РА} = \text{ПУЗ} + \text{ТК} + \text{ТР}$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут

рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентируемость, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;

- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	20

Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	10
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	10
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	2
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания тестирования

Критерий	Количество баллов
80-100% правильных ответов	15-20 баллов
70-79 % правильных ответов	10-14 баллов
50-69 % правильных ответов	4-9 баллов
менее 50 % правильных ответов	0-3 баллов

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10

Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	10
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	5
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

Критерии оценивания знаний на зачёте

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»