

**Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования
«Институт дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения»**

УТВЕРЖДАЮ

Регистр

У.С. Султанбаев

« »

2020_г



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

дополнительного профессионального образования

по специальности «Детская хирургия»

Срок обучения: 144 часа

Уфа-2020

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Данная программа позволяет совершенствовать имеющиеся и получать новые компетенции для профессиональной деятельности, повышать профессиональный уровень в рамках имеющейся квалификации, что соответствует положениям ст.76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» (ФЗ 273 от 29.12.2012 г.): ч.1 «Дополнительное профессиональное образование направлено на удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, профессиональное развитие человека, обеспечение соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды»; ч.2: «Дополнительное профессиональное образование осуществляется посредством реализации дополнительных профессиональных программ (программ повышения квалификации и программ профессиональной переподготовки)»; ч.4: «Программа повышения квалификации направлена на совершенствование и (или) получение новой компетенции, необходимой для профессиональной деятельности и (или) повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации».

Трудоемкость освоения – 144 академических часа.

Основными компонентами программы являются:

- цель программы;
- планируемые результаты обучения (планируемые результаты обучения соответствуют профессиональным стандартам, квалификационным характеристикам по соответствующим должностям, профессиям и специальностям);
- учебный план;
- учебно-тематический план;
- рабочие программы учебных модулей: «Основы социальной гигиены и организация службы социальной гигиены, и организация службы детской хирургии», «Специальные дисциплины», «Региональный компонент социально-значимых болезней», «Медицина катастроф», «Занятия в симуляционном центре»;
- организационные условия реализации программы включают учебно-методическую документацию, учебно-методическую литературу, материально-техническую базу, оснащение учебных аудиторий, клинические базы, кадровое обеспечение реализации программы, Положение Центра ДПО ПП и ПК КБГУ;
- образцы оценочных материалов для проведения итоговой аттестации

(вопросы к экзамену, примеры тестовых заданий и клинических задач):
В учебном плане указывается перечень изучаемых тем, трудоемкость, формы организации учебного процесса, виды контроля знаний и умений. Обучение слушателей завершает итоговая аттестация по программе повышения квалификации врачей-детских хирургов посредством проведения экзамена для выявления теоретической и практической подготовки обучающихся.

Характеристика новой квалификации и связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации

Приказ Министерства здравоохранения, социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Должностные обязанности. Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по специальности «Детская хирургия», используя современные методы диагностики, лечения, профилактики и реабилитации. Определяет тактику ведения больного в соответствии с установленными стандартами. На основании сбора анамнеза, клинического наблюдения и результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований устанавливает (или подтверждает) диагноз. Проводит дифференциальную диагностику хирургических заболеваний в детском возрасте. Самостоятельно проводит или организует необходимые диагностические, лечебные, реабилитационные и профилактические процедуры и мероприятия. В ситуациях, требующих неотложной медицинской помощи, принимает необходимые меры для устранения жизнеугрожающих состояний. Планирует технологию хирургической операции. Выполняет хирургические операции при экстренной и плановой патологии детского возраста в пределах профессиональной компетенции и в соответствии с квалификационными характеристиками. Осуществляет мероприятия по предупреждению послеоперационных осложнений. Планирует комплекс реабилитационных мероприятий. Ведет медицинскую документацию в установленном порядке. Руководит работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

Должен знать: Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; нормативные и методические документы по специальности; современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных по

профилю «Детская хирургия»; теоретические аспекты всех нозологии как по профилю «Детская хирургия», так и других самостоятельных клинических дисциплин, их этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы и порядок их проведения; основы санитарного просвещения, правила оформления медицинской документации; принципы планирования деятельности и отчетности службы медицинской помощи детскому населению, методы и порядок контроля ее деятельности; вопросы организации и проведения диспансеризации у детей; систему организации санаторно-курортного лечения; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, организационно-экономические основы деятельности учреждений здравоохранения и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; правила внутреннего трудового распорядка; правила по охране труда и пожарной безопасности.

Требования к квалификации. Высшее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия», послевузовское профессиональное образование (интернатура или ординатура) и сертификат специалиста по специальности «Детская хирургия», без предъявления требований к стажу работы.

Характеристика универсальных профессиональных компетенций, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Детская хирургия»:

- правильно интерпретировать результаты дополнительных методов исследования при хирургических заболеваниях в детском возрасте;
- выявлять факторы риска хирургических заболеваний у детей;
- проводить первичную профилактику хирургических заболеваний в детском возрасте;
- осуществлять диспансерное наблюдение детей с хирургическими заболеваниями;
- составлять план обследования и интерпретировать результаты лабораторного и функционального обследования детей с хирургическими заболеваниями;

- определять лечебную тактику для детей с хирургическими заболеваниями на основании современных международных и национальных рекомендаций.

После завершения обучения у слушателя, успешно освоившего программу, будут совершенствованы профессиональные компетенции:

- проводить диагностику и дифференциальную диагностику на более высоком профессиональном уровне;
- формулировать диагноз с учетом требований МКБ-10 и национальных рекомендаций;
- использовать методы профилактики и лечения, основанные на самых современных научно-обоснованных рекомендациях;
- самостоятельно проводить сердечно-легочную реанимацию в чрезвычайных ситуациях;
- оказывать неотложную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.
- использование нормативной документации в сфере охраны здоровья (международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международные классификации, документы для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций);
- сохранять и укреплять здоровье, формировать здоровый образ жизни, предупреждать возникновение и распространение заболеваний, осуществлять раннюю диагностику, выявлять причины и условия их возникновения и развития, устранять вредные влияния на здоровье ребенка факторов среды его обитания;
- уметь проводить профилактические медицинские осмотры, осуществлять диспансерное наблюдение;
- знать и правильно проводить противоэпидемические мероприятия в очагах особо опасных инфекций в зонах радиационной опасности, стихийных бедствий и других чрезвычайных ситуациях;
- владеть методиками сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения;
- умение выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы, нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- владеть рациональным подбором комплексной медикаментозной терапии пациентов;
- готовность оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях;
- готовность проводить реабилитационные мероприятия при хирургических заболеваниях у детей;

- умение применять природные лечебные факторы, лекарственную и не медикаментозную терапию у детей на этапе медицинской реабилитации;
- готовность к формированию у населения мотивации на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- организационно-управленческая деятельность;
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Перечень знаний, умений и навыков

По окончании обучения врач-детский хирург должен знать:

- основополагающие характеристики врача-детского хирурга, принятые профессиональными организациями;
- обязательные компетенции врача-детского хирурга;
- новейшие формы организации службы детской хирургии в современном мире;
- модели организации учреждений детского хирургического профиля;
- основные принципы обязательного медицинского страхования, права и обязанности застрахованных граждан;
- определение и основные принципы доказательной медицины;
- принципы критической оценки качества научных исследований по диагностике, лечению и прогнозу заболеваний;
- принципы разработки клинических рекомендаций.

По окончании обучения врач-специалист в области детской хирургии должен уметь:

- проводить современные функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, интерпретировать результаты и при необходимости привлекать консультантов – специалистов;
- проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновывать клинический диагноз с учетом МКБ-10 и национальных рекомендаций;
- распознавать особенности клинического течения болезни, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;
- выработать современную лечебную тактику с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей развития заболевания;
- определять показания и противопоказания к иммуносупрессивной терапии, оценить возможные осложнения;
- оформлять медицинскую документацию в соответствии с современным законодательством в здравоохранении;
- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях.

По окончании обучения врач-специалист в области детской хирургии должен владеть навыками:

- современной методики обследования больного ребенка с заболеванием хирургического профиля;
- выявлять общие и специфические признаки заболевания;
- оценивать тяжесть состояния ребенка с патологией хирургического профиля;
- уметь интерпретировать результаты обследования, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
- оформлять медицинскую документацию.

ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Итоговая аттестация проводится в форме итогового экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста в области детской хирургии в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов. Слушатель допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей по специальности «Детская хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации и сертификат специалиста.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

повышения квалификации врачей по программе «Детская хирургия»

Цель: совершенствование и подготовка к итоговому экзамену врачей-специалистов по специальности «Детская хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

№ п/п	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе		
			Лекции	Практич. занятия	Самост работа
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>
1.	Организация хирургической помощи детям	6	-	2	4
2.	Специальные методы обследования в детской хирургии	6	-	2	4
3.	Плановая и пластическая хирургия	18	2	2	14
4.	Гнойная хирургия детского возраста	20	2	2	16
5.	Абдоминальная хирургия детей	20	2	2	16

6.	Хирургия новорожденных	18	2	2	14
7.	Детская уроандрология	12	2	2	8
8.	Травматология и ортопедия детского возраста	14	-	2	12
9.	Региональный компонент социально-значимых болезней	12	2	2	8
10.	Медицина катастроф	6	-	2	4
11.	Занятия в симуляционном центре	12	-	4	8
	ВСЕГО	144	12	24	108

УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

курсов повышения квалификации врачей по программе «Детская хирургия»

Цель: совершенствование и подготовка к итоговому экзамену врачей-специалистов по специальности «Детская хирургия» в соответствии с их профессионально-должностными обязанностями.

Категория слушателей: врачи-детские хирурги стационаров и поликлиник всех форм собственности

Срок обучения: 144 часа, 1 месяц

Форма обучения: очная, очно-заочная, дистанционная

Режим занятий: 6 часов в день

№ п/п	Наименование разделов, дисциплин и тем	Всего часов	В том числе		
			лекции	практ. т.	сам. работа
Модуль 1	Организация хирургической помощи детям	6	-	2	4
1.1	Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия»				
1.2.	Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская онкология»				
1.3.	Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская урология-андрология»				
1.4.	Пренатальная диагностика в детской хирургии				
Модуль 2	Специальные методы обследования в детской хирургии	6	-	2	4
2.1.	Методы обследование в детской хирургии				-
2.2.	Методы обследования в детской урологии				-
2.3.	Методы обследования в детской травматологии				-
Модуль 3	Плановая и пластическая хирургия	18	2	2	14
3.1.	Патология вагинального отростка брюшины. Паховая грыжа. Ущемленная паховая грыжа. Водянка оболочек яичка и семенного канатика				
3.2.	Грыжи брюшной стенки. Пупочная грыжа. Эмбриональная грыжа				

3.3.	Хронические запоры у детей. Болезнь Гиршпрунга				
3.4.	Гемангиомы				
3.5.	Лимфангиомы				

Модуль 4	Гнойная хирургия детского возраста	20	2	2	16
4.1.	Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей у детей				
4.2.	Гнойные заболевания легких и плевры				
4.3.	Гематогенный остеомиелит. Метаэпифизарный остеомиелит. Острый гематогенный остеомиелит. Хронический остеомиелит. Атипичные формы остеомиелита				
4.4.	Воспалительные заболевания пищевода, медиастинит, стенозы пищевода				
Модуль 5	Абдоминальная хирургия детей	20	2	2	16
5.1.	Острый аппендицит и перитониты у детей	4	-	4	-
5.2.	Приобретенная кишечная непроходимость	6	-	6	-
5.3.	Заболевания печени и желчевыводящих путей				
5.4.	Синдром пальпируемой опухоли в животе. Опухоли брюшной полости. Опухоли забрюшинного пространства. Травма органов брюшной полости				
Модуль 6	Хирургия новорожденных	18	2	2	14
6.1.	Пороки развития пищевода				
6.2.	Синдром рвоты у детей раннего возраста				
6.3.	Диафрагмальные грыжи				
6.4.	Врожденная кишечная непроходимость				
6.5.	Атрезия желчных ходов				
6.6.	Аномалии желчного протока. Полный свищ пупка. Неполный свищ пупка. Дивертикул Меккеля				
6.7.	Аноректальные мальформации				
Модуль 7	Детская уроандрология	12	2	2	8
7.1.	Алгоритм урологической диагностики у детей	6	2	-	4
7.2.	Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская уроандрология»	6	-	2	4

Модуль 8	Травматология детского возраста	14	-	2	12
8.1.	Методы обследования в детской травматологии	4	-	-	4
8.2.	Родовые повреждения скелета. Перелом ключицы. Родовой эпифизиолиз плечевой кости, бедренной кости. Родовой паралич верхней конечности				
8.3.	Повреждения в области локтевого сустава у детей	4	-	2	2
8.4.	Ошибки в диагностике и лечении переломов длинных трубчатых костей у детей	6	-	-	6
Модуль 9	Региональный компонент социально-значимых болезней	12	2	2	8
9.1.	Профилактика ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов. Правила работы с ВИЧ-инфицированными пациентами	8	2	-	6
9.2.	Профилактика социально-значимых заболеваний. Туберкулез	4	-	2	2
Модуль 10	Медицина катастроф	6	-	2	4
10.1.	Сердечно-легочная реанимация	2	-	2	-
10.2.	Анафилактический шок	2	-	-	2
10.3.	Термическая и холодовая травма	2	-	-	2
Модуль 11	Занятия в симуляционном центре	12	-	4	8
	ВСЕГО	144	12	24	108
	ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ	ЭКЗАМЕН			

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Нормативные правовые акты:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 и 1 «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»;
7. Приказ Минздравсоцразвития РФ: от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»

Список литературы:

1. Детская хирургия: учебник/ под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.-1040 с.:

2. Детская хирургия: национальное руководство/ под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 1168с.
3. Хирургические болезни детского возраста. В 2т.: учеб. для мед. вузов/ под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2006.т.1. – 632 с.
4. Хирургические болезни детского возраста. В 2т.: учеб. для мед. вузов/ под ред. Ю.Ф.Исакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2006.т.2. – 584 с.
5. Травматология и ортопедия: учебник/ [Н.В. Корнилов]; под ред. Н.В. Корнилова.- 3-е изд., доп. и перераб.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 592с.
6. Детская онкология: нац. рук./под ред. М.Д.Алиева, В.Г.Полякова, Г.Л.Менткевича и др.; ФГБУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина» РАМН; НИИ детской онкологии и гематологии. – М.: Издат. Группа РОНЦ, 2012. – 684 с.
7. Детская хирургия. Клинические разборы: рук./ под ред А.В.Гераськина. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 216 с.
8. Подкаменев В.В. Хирургические болезни у детей: учеб. для вузов/ – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 432 с.
9. Детская урология-андрология: учеб.пособие/М.П.Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих 2011.- 128с.
10. Хирургия живота и промежностей у детей. Атлас/Под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова. 2012.- 508 с.:ил.
11. Частная детская онкология /В.И. Ковалёв, Д.В. Ковалёв, В.Г. Поляков -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 423 с.

Интернет-ресурсы

1. Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru/>
2. Электронный ресурс: Medpro. Медицина для профессионалов. <http://www.medpro.ru>
3. Электронный ресурс: Виртуальные симуляторы в медицине. <http://www.medsim.ru>
4. Электронный ресурс: Информационная и образовательная система для практикующих врачей. <http://www.rosmedlib.ru>
5. Электронный ресурс: Scopus. <http://www.scopus.com/>
6. Российская национальная электронная библиотека: <http://www.ellibrary.ru>

7. Amicus Medicus (Медицинский информационный портал, доступ на русском языке). <http://www.medicusamicus.com>
8. Национальная медицинская библиотека Национального института здоровья США. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
9. Cochrane Collaboration. <http://www.cochrane.org>
10. Медицинский информационно-аналитический центр РАМН. <http://www.mcramn.ru>
11. Российская академия медицинских наук, Сибирское отделение. <http://www.soramn.ru>
12. Медицинские Конференции (сайт последипломного образования врачей). <http://www.medicco.ru>
13. Эскулап (непрерывное медицинское образование). <http://www.esculap-med.ru>
14. Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. <http://www.zdrav.net/publisher/magazine/docmed>
15. Ультразвуковая и функциональная диагностика. <http://www.vidar.ru>
16. Хорнак Д. П. Основы МРТ (на русском языке). <http://www.medi.ru/radiology>

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Контроль успеваемости слушателей осуществляют путем оценки освоения модулей. Промежуточная аттестация проводится в форме зачета. Итоговая аттестация – в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-детского хирурга по программе «Детская хирургия» в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

Вопросы по детской хирургии

1. История развития детской хирургии.
2. Преобладание врожденных заболеваний. Анатомо-физиологические особенности растущего организма. Наклонность к генерализованным и гиперергическим реакциям, своеобразие течения обменных процессов и др. Анатомо-физиологические особенности периода новорожденных.
3. Исследование детей с хирургическими заболеваниями. Методы исследования. Дополнительные методы исследования – осмотр во сне, исследование с релаксантами. Специальные методы исследования – эзофагоскопия, бронхоскопия, бронхография, пункционная биопсия,

ангиография. Современные методы исследования – ультразвуковое, радиоизотопное, эндоскопическое.

Относительные и абсолютные показания и противопоказания к оперативному лечению.

4. Значение профилактических осмотров детей для выявления хирургических заболеваний – паховой грыжи, водянки оболочек яичка, крипторхизма, варикоцеле и др.

5. Возрастные сроки оперативной коррекции пороков развития у детей.

6. Особенности организации хирургической помощи новорожденным и грудным детям с пороками развития, гнойными заболеваниями, родовыми повреждениями. Транспортировка. Организация палат, отделений.

7. Особенности онкологии детского возраста. Организация онкологической помощи детям.

8. Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей – сниженная способность к образованию антител, преобладание общей реакции организма над местными проявлениями, склонность к генерализации процесса.

9. Особенности течения инфекции, вызываемой грамотрицательной и грамположительной микрофлорой, угнетение ретикулоэндотелиальной системы, склонность к интоксикации, сенсibilизации и аутосенсibilизации; склонность к септикопиемии; резистентность к антибиотикам.

10. Хирургический сепсис. Классификация Чикагской Согласительной конференции (1991г.). Принципы лечения гнойной инфекции. Воздействие на макроорганизм – дезинтоксикация, десенсibilизация, активная и пассивная иммунизация, стимуляция. Воздействие на микроорганизм – рациональная антибиотикотерапия, применение сульфаниламидов, смена антибиотиков. Воздействие на очаг.

11. Важность определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Значение пассивной и активной иммунизации и стимуляции организма. Клеточный и гуморальный иммунитет и его стимуляция. Десенсibilизирующая терапия.

12. Особенности течения – преобладание некротического процесса над воспалительным, быстрота распространения. Наиболее частая локализация. Клинические проявления. Стадии заболевания: острая - с нарастанием интоксикации и эксикоза, подострая – начало отторжения некротизированной клетчатки, стадия сепсиса – при некротической флегмоне.

Зависимость тяжести течения заболевания от сроков поступления в хирургический стационар и начала хирургического лечения. Принципы лечения: местное – насадки, общее – применение

антибиотиков широкого спектра действия, общеукрепляющее лечение, иммунизирующая терапия, физиотерапия.

13. Клинические проявления. Осложнения. Хирургическое лечение. Последствия запущенных случаев мастита.

14. Наиболее частая локализация. Особенности течения – склонность к возникновению аденофлегмоны у детей раннего возраста. Консервативное и оперативное лечение.

15. Этиология. Особенности кровоснабжения костей у детей, роль этого фактора в локализации и распространении процесса.

Остеомиелит у детей старшего возраста. Стадии заболевания. Острая стадия. Общие и местные проявления. Формы острого остеомиелита – токсическая, септикопиемическая, местная. Рентгенодиагностика. Принципы лечения остеомиелита. Местное лечение. Хроническая стадия. Клиника. Рентгенодиагностика. Принципы оперативного лечения. Осложнения хронического остеомиелита.

Метаэпифизарный остеомиелит как специфическая форма течения заболевания у новорожденных и детей раннего возраста. Особенности течения – поражение зоны роста. Вовлечение в процесс суставов. Рентгенологические признаки. Время появления рентгенологических признаков у новорожденных. Особенности хирургического лечения – осторожность при манипуляциях вблизи эпифиза, нежелательность артротомий. Особенности и сроки иммобилизации. Осложнения. Профилактика и лечение осложнений. Роль диспансерного наблюдения больных после перенесенного эпифизарного остеомиелита.

16. Врожденные кисты и свищи шеи, мозговые грыжи, спинно-мозговые грыжи.

17. Врожденная мышечная кривошея. Этиология. Частота. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика с другими формами кривошеи (болевая, компенсаторная). Значение ранней диагностики. Методы лечения – консервативный, оперативный. Возрастные показания. Принципы операции Микулича-Гаген-Торна. Послеоперационное ведение.

18. Родовые повреждения мягких тканей головы. Кефалогематома. Травматические повреждения мягких тканей головы. Клиника, диагностика, лечение.

19. Переломы костей свода и основания черепа. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга. Субдуральное кровоизлияние. Эпидуральная и субдуральная гематома. Клиника, диагностика. Значение люмбальной пункции. Консервативное лечение черепно-мозговой травмы. Принципы оперативного лечения. Диспансерное наблюдение детей, перенесших черепно-мозговую травму.

20. Агенезия и гипоплазия легкого. Врожденные кисты легких, врожденная долевая эмфизема, легочная секвестрация.

21. Пороки развития сердца и магистральных сосудов. Открытый артериальный проток. Тетрада Фалло. Дефект межпредсердной перегородки, коарктация аорты,

22. пороки развития пищевода. Атрезия пищевода, врожденные стенозы пищевода, трахеопищеводный свищ, ахалазия пищевода, халазия кардии.

23. Врожденные диафрагмальные грыжи. Врожденно-короткий пищевод. Сроки и принципы оперативного лечения.

24. Бронхоэктазия. Этиология, патогенез, патоморфология. Клиническая картина. Роль специальных методов исследования – бронхография, ангиография, их техника. Нарушение функции внешнего дыхания. Наиболее частые варианты поражения. Показания к операции. Предоперационная подготовка – постуральный дренаж, лечебная физкультура, лечебные бронхоскопии, общеукрепляющая терапия. Виды оперативных вмешательств – пульмонэктомия, лоб-билобэктомия, сегментарная резекция. Тактика при обширных двусторонних бронхоэктазиях. Осложнения: ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи, эмпиема плевры. Профилактика, лечение. Отдаленные результаты лечения бронхоэктазии.

25. Бактериальная деструкция легких. Осложненные формы, сопровождающиеся острой дыхательной недостаточностью – абсцессы легкого, пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс. Клиническая картина. Рентгенодиагностика. Пункция, дренирование плевральной полости – показания, техника. Виды дренирования – с пассивной и активной аспирацией. Сроки дренирования. Показания к радикальному оперативному вмешательству при гнойных плевритах. Принципы оперативных вмешательств. Хирургическая тактика в зависимости от возраста и формы поражения.

26. Травма грудной клетки без осложнений, осложненная переломом ребра, пневмотораксом, гемотораксом. Плевро-пульмональный шок. Травматическая асфиксия. Ушиб легкого. Травматические диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика. Неотложная терапия. Принципы лечения.

Ранения грудной клетки (проникающие и непроникающие). Открытый и клапанный пневмоторакс. Хирургическая тактика при проникающих ранениях грудной клетки.

27. Химические ожоги пищевода, их последствия (рубцовые сужения). Химические вещества, вызывающие ожоги, механизм их действия. Клиническая картина при ожогах пищевода. Диагностическая эзофагоскопия, техника, сроки применения. Неотложная терапия. Степени ожогов, их течение. Принципы лечения. Показания к профилактическому бужированию, техника. Контрольная эзофагоскопия.

28. Диагностика и лечение рубцовых сужений пищевода после химических ожогов. Роль контрастного рентгенологического

исследования. Эзофагоскопия. Принципы лечения. Гастростомия, показания, техника. Бужирование за нить, техника, сроки бужирования.

Рубцовая непроходимость пищевода. Контрастное рентгенологическое исследование. Гастроскопия и ретроградная эзофагоскопия. Цветная пробы. Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики.

Перфорации шейного, грудного отделов пищевода. Клиника, диагностика, рентгенологическое исследование. Хирургическая тактика в зависимости от сроков и уровня перфорации, наличия осложнений.

29. Инородные тела легких, осложнения. Клиника, рентгенодиагностика. Показания к хирургическому лечению.

30. Пороки развития брюшной стенки и пупка. Грыжа пупочного канатика. Особенности хирургической тактики в зависимости от размеров грыж, степени недоразвития брюшной полости и преморбидного фона. Методы лечения – консервативный и оперативный.

Принципы оперативного лечения. Техника консервативной терапии.

31. Врожденное недоразвитие брюшных мышц. Клинические проявления. Сочетанные аномалии. Диагностика, неотложная помощь. Консервативная терапия. Принципы хирургического лечения. Показания к срочному оперативному вмешательству.

32. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для их возникновения. Клинические проявления. Диагностика. Врачебная тактика – значение укрепления брюшной стенки (массаж, ЛФК). Показания к хирургическому лечению.

33. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка в образовании паховых грыж у детей. Виды грыж. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Принципы операции грыжесечения в возрастном аспекте.

34. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Врачебная тактика, показания к консервативному лечению. Особенности оперативной техники при ущемленной паховой грыже.

35. Водянка яичка и семенного канатика. Возрастная частота заболевания. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины. Клиника, диагностика. Методы лечения. Принципы и сроки оперативного лечения.

36. Киста семенного канатика – быстровозникающая, островозникающая. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.

37. Аномалии развития желточного протока – врожденные свищи пупка, Меккелев дивертикул.

Клиника, диагностика. Осложнения – дивертикулит, кровотечение, эвагинация, кишечная непроходимость. Особенность хирургического лечения в зависимости от анатомического варианта аномалии развития. Сроки оперативного вмешательства.

Незаращение урахуса. Клиника, диагностика, лечение. Сроки оперативного вмешательства.

38. Врожденный пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль фиброгастроскопии. Рентгенодиагностика. Принципы операции пилоротомии. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения.

39. 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.

Классификация врожденной кишечной непроходимости: по локализации (высокая, низкая); по клиническому течению (острая, хроническая, рецидивирующая). Особенности клиники и диагностики в зависимости от формы непроходимости.

Рентгенологическая диагностика. Обзорный и контрастный методы исследования.

Осложнения, их причины. Врачебная и хирургическая тактика при разных формах кишечной непроходимости. Принципы оперативного лечения.

40. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных и грудных детей. Диагностика. Рентгенодиагностика. Осложнения – каловые завалы, интоксикация. Врачебная и хирургическая тактика. Техника сифонных клизм. Показания к колостомии. Способы радикальных операций.

41. Мегадолихоколон. Клиника и диагностика. Рентгенодиагностика. Особенности ухода за больным. Показания к оперативному лечению. Принципы оперативного лечения.

42. Аномалии развития аноректальной области. Свищевые и несвищевые формы. Клинические проявления. Диагностика. Рентгенодиагностика. Возрастные показания и принципы хирургического лечения.

43. Атрезия желчных путей. Формы атрезии – внепеченочные и внутripеченочные. Клинические проявления. Методы диагностики – клинические, лабораторные. Дополнительные методы исследования – холангиография, лапроскопия, пункционная биопсия печени, трансумбиликальная портогепатография. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Способы операций в зависимости от формы атрезии.

44. Инвагинация. Этиология. Патогенез. Виды инвагинаций. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Техника раздувания

толстой кишки воздухом. Показания и противопоказания к консервативному расправлению инвагинации.

Трудности и особенности диагностики тонкокишечной инвагинации. Показания к оперативному лечению. Операция дезинвагинации.

45. Странгуляционный илеус. Роль врожденных аномалий – Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки. Послеоперационная странгуляционная непроходимость. Клиника, диагностика. Рентгенодиагностика. Хирургическое лечение.

46. Обтурационная непроходимость. Копростаз – роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия).

Клиника, диагностика. Рентгенодиагностика. Показания к хирургическому лечению. Способ операции.

47. Динамическая непроходимость. Причины динамической непроходимости.

Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика динамического и механического илеуса. Консервативное лечение – гипертоническая, сифонная клизма, ганглиоблокаторы, перидуральная анестезия, ГБО-терапия.

48. Заболевания прямой кишки. Кровотечения, полипоз, полипы, трещины, аллергический колит. Выпадение прямой кишки. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.

49. Синдром портальной гипертензии. Этиология. Клинические формы. Диагностика. Диф. диагностика. Неотложная помощь при профузных кровотечениях. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативного вмешательства.

50. Эхинококк печени. Клиника и диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.

51. Воспалительные заболевания органов брюшной полости. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Особенности клинических проявлений у детей раннего возраста. Трудности и особенности диагностики – сравнительная, «дозированная», пальпация, роль осмотра ребенка во сне, симптом «отталкивания руки». Ректальное исследование. Особенности диф. диагностики с пневмонией, инфекционными заболеваниями, заболеваниями – ЛОР-органов, инвагинацией (у младших детей); копрастазом, гастроэнтеритами, пороками развития мочевыделительной системы, и др. (у старших детей).

Современные методы исследования – электромиография, лапароскопия. Хирургическое лечение. Методы аппендэктомии, способы обработки культи отростка.

Аппендикулярный инфильтрат и периаппендикулярный абсцесс. Клиника. Тактика.

52. 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.

53. 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.

Проникающие ранения живота.

Органосохраняющий принцип при повреждениях паренхиматозных органов.

Политравма и шок.

54. Частота аномалий развития мочеполовой системы. Аномалии почек. Одно- и двусторонняя аплазия, удвоение почки, перекрестная дистопия, сращение почки, кистозные заболевания почек.

55. Аномалии лоханок и мочеточников. Врожденный гидронефроз. Причины возникновения, клинические проявления, диагностика. Значение современных методов исследования в диагностике гидронефроза. Хирургическое лечение. Органосохраняющие операции как метод выбора хирургического лечения врожденного гидронефроза у детей.

56. Удвоение лоханок и мочеточников, уретероцеле, эктопия мочеточника, мегауретер. Диагностика и хирургическое лечение. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс, причины его возникновения и методы хирургического лечения.

57. Аномалии мочевого пузыря – дивертикул мочевого пузыря, обструкция шейки мочевого пузыря, врожденная атония мочевого пузыря. Экстрофия мочевого пузыря, диагностика и способы хирургического лечения. Возрастные показания к оперативному лечению – пластика местными тканями, пересадка мочеточников в изолированную прямую кишку.

58. Аномалии мочеиспускательного канала. Эписпадия, гипоспадия. Клинические формы. Диагностика. Возрастные показания, сроки, способы хирургического лечения.

Выпадение слизистой уретры у девочек. Клинические проявления. Оперативное лечение.

59. Аномалии развития и опускания яичка. Классификация, клиника и диагностика крипторхизма. Показания к гормональному и хирургическому лечению. Сроки и способы хирургического лечения.

60. Варикоцеле. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Сроки хирургического лечения. Принцип оперативного вмешательства.

61. Фимоз. Парафимоз. Синдром отечной мошонки. Клиника. Диагностика. Лечение.

62. Камни почек, мочеточников, мочевого пузыря. Роль рентгенологического исследования. Способы хирургического лечения.

63. Особенности клинической картины, общие принципы лечения закрытой травмы почек, мочеточников, мочевого пузыря. Переломы костей таза с повреждениями внутренних органов, разрывы уретры. Показания к наложению надлобкового свища.

64. Опухоль почек. Опухоль Вильмса, аденокарцинома. Клиника, диагностика, методы лечения.

65. Родовые повреждения скелета. Перелом ключицы. Родовой эпифизиолиз плечевой кости, бедренной кости. Родовой паралич верхней конечности.

66. Переломы ключицы, плечевой кости, костей предплечья, кисти и пальцев. Клиника, диагностика, рентгенологические данные, принципы лечения. Особенности клиники и лечения переломов костей, образующих локтевой сустав. Переломы бедренной кости, надколенника, костей голени и стопы.

67. Гематомы у детей. Их лечение.

68. Повреждения позвоночника и спинного мозга.

69. Переломы костей таза – осложненные и неосложненные.

Причины лечения переломов костей у детей – наложение шин, обезболивание, закрытая репозиция, гипсовая повязка, лейкопластырное и скелетное вытяжение. Показания к оперативному лечению переломов костей у детей. Остеосинтез и металлоостеосинтез. Сроки консолидации и иммобилизации в зависимости от возраста ребенка. Влияние роста кости ребенка на формирование деформации и укорочения. Осложнения переломов.

70. Патологические переломы. Причины возникновения, особенности лечения.

71. Вывихи. Особенности клинической картины и общие принципы лечения вывиха плечевой кости, костей предплечья в локтевом суставе, вывиха пальцев в пястно-фаланговом сочленении, травматический вывих бедра. Методы лечения.

72. Классификация опухолей, клинко-рентгенологические особенности доброкачественных и злокачественных опухолей. Остеомы, хондромы, остеобластокластомы, остеидостеомы, остеогенные саркомы, саркома Юинга. Принципы лечения костных опухолей. Способы хирургического лечения.

Виды костной трансплантации.

73. Гемангиомы. Формы гемангиом. Клиника, диагностика, особенности развития гемангиом. Осложнения. Современные методы лечения гемангиом, сроки лечения. Показания к лучевой терапии и оперативному вмешательству.

74. лимфангиомы. Формы лимфангиом. Клиника. Диагностика. локализация лимфангиом. Особенности роста. Осложнения. Показания к экстренному оперативному вмешательству. Сроки и методы лечения лимфангиом.

75. Пороки развития периферических сосудов. Этиология, патогенез. Роль ангиографического исследования – аортография, артериография, венография, лимфография. Современные методы ангиографии, их особенности у детей, показания и противопоказания. Выбор контрастного вещества.

76. Осложнения. Пороки развития глубоких вен. Артериовенозные свищи и аневризмы. Пороки развития лимфатических сосудов. Врожденная слоновость. Клиника, диагностика, осложнения. Ангиографическая картина. Лечение.

77. Пигментные пятна. Их формы, особенности течения у детей. Волосистый, бородавчатый, папилломатозный невус. Юношеская меланома. Сосудистое (винное) пятно. Осложнения. Методы лечения пигментных пятен. Возрастные показания к оперативному лечению пигментных пятен. Возрастные показания к оперативному лечению.

78. Дерматоидные кисты и тератомы. Клиника, диагностика, локализация дермоидных кист и тератом. Тератома крестцово-копчиковой области. Осложнения. Сроки лечения.

79. Повреждения мягких тканей. Ушибы, гематомы, растяжения, раны. Клиника, диагностика, лечение.

80. Ожоги. Термические, химические, электрические. Классификация, измерение площади ожоговой поверхности у детей. Фазы ожоговой болезни – ожоговый шок, фазы интоксикации, септикотоксемии, реконвалесценции. Основные принципы лечения ожоговой болезни в зависимости от фазы - противошоковые мероприятия, профилактика ожоговой скарлатины (переливание крови и жидкостей, антибактериальная гормональная терапия). Лечение ожоговой раны – закрытый и коагуляционный методы лечения; ауто- и гомопластика. Профилактика послеожоговых рубцовых контрактур.

81. Отморожение. Классификация. Принципы лечения в зависимости от степени отморожения. Ознобление. Замерзание. Способы лечения.

Примеры тестовых заданий

Раздел: Неотложная и гнойная хирургия

Задание {{1}} ТЗ 1 Тема 1-0-0

Расставьте перечисленные микроорганизмы в убывающем порядке по их удельному весу в структуре возбудителей гнойных хирургических заболеваний у новорожденных детей:

- 1: стафилококки
- 2: стрептококки
- 3: кишечная палочка
- 4: смешанная флора
- 5: другие

Задание {{2}} ТЗ 2 Тема 1-0-0

Контаминацией называют:

- + обсеменение организма новорожденного ребенка микробной флорой
- приживание микробной флоры в организме
- контакт ребенка с инфицированной матерью
- контакт ребенка с неблагополучной эпидобстановкой в роддоме
- наиболее частый вид возбудителей гнойных хирургических заболеваний

Задание {{3}} ТЗ 3 Тема 1-0-0 Колонизацией называют:

- обсеменение организма новорожденного микробной флорой
- наличие колоний микроорганизмов после посева их на чашки Петри
- микробный спектр воздуха родильного дома
- + заселение и приживание микробной флоры в организме новорожденного

Задание {{4}} ТЗ 4 Тема 1-0-0

Дисбактериозом называют:

- симбионтные отношения макроорганизма и микробной флоры
- + нарушение симбионтных отношений
- высев патогенных микроорганизмов из кала
- высев сапрофитных микробов из гемокультуры

Задание {{5}} ТЗ 5 Тема 1-0-0

Генерализации хирургической инфекции в организме новорожденного ребенка способствуют:

- + снижение содержания комплемента в сыворотке
- аллергия
- + дефицит иммуноглобулинов
- анемия
- искусственное вскармливание

Задание {{6}} ТЗ 6 Тема 1-0-0

Хирургическое вмешательство показано:

- при простом омфалите
- гнойном омфалите
- + флегмоне пупка
- гангрене пупка

Задание {{7}} ТЗ 7 Тема 1-0-0

Хирургическое вмешательство при омфалите заключается в :

- разрезах вдоль пупка
- + множественных разрезах в зоне гиперемии вокруг пупка
- радикальном иссечении пупка

Задание {{8}} ТЗ 8 Тема 1-0-0

Воспалительный процесс при псевдофурункулезе поражает :

- сальные железы
- + потовые железы
- эпидермис
- дерму
- подкожную клетчатку

Задание {{9}} ТЗ 9 Тема 1-0-0

У новорожденных некротическую флегмону вызывает возбудитель :

- + стафилококк
- стрептококк
- протей
- синегнойная палочка
- анаэробы

Задание {{10}} ТЗ 10 Тема 1-0-0

У новорожденных стрептококк вызывает:

- некротическую флегмону
- + рожистое воспаление
- энтероколит
- мастит
- острый эпифизарный остеомиелит

Задание {{11}} ТЗ 11 Тема 1-0-0

У новорожденных стафилококк вызывает:

- + некротическую флегмону
- рожистое воспаление
- + мастит
- + острый метаэпифизарный остеомиелит
- + деструктивную пневмонию
- острый артрит

Задание {{12}} ТЗ 12 Тема 1-0-0

У новорожденных грамотрицательные микробы вызывают:

- некротическую флегмону
- рожистое воспаление
- + энтероколит
- острый эпифизарный остеомиелит
- + острый артрит

Задание {{13}} ТЗ 13 Тема 1-0-0

У новорожденных рожистое воспаление вызывает возбудитель:

- стафилококк
- + стрептококк
- протей
- синегнойная палочка
- анаэробы

Задание {{14}} ТЗ 14 Тема 1-0-0

У новорожденных рожистое воспаление лечится:

- + консервативно, повязки с антисептиками
- консервативно, повязки со спиртом
- насечки, повязки с антисептиком
- УФЧ
- разрез мягких тканей
- + УФО

Задание {{15}} ТЗ 15 Тема 1-0-0

В области голени воспаление ярко-красного цвета с четко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна, болезненность по периферии воспаления.

Диагноз:

- фурункул
- карбункул
- флегмона
- + рожистое воспаление
- абсцесс подкожной клетчатки

Задание {{16}} ТЗ 16 Тема 1-0-0

Главным механизмом действия резинового выпускника является :

- активная аспирация
- + пассивный отток
- капиллярные свойства
- гигроскопические свойства
- антибактериальный эффект

Задание {{17}} ТЗ 17 Тема 1-0-0

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

- + паронихий
- кожный панариций
- флегмона
- абсцесс
- подкожный панариций

Задание {{18}} ТЗ 18 Тема 1-0-0

Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- + механическое очищение очага
- антибактериальное действие
- предупреждение воспалительного процесса
- предупреждение генерализации инфекции
- повышение реактивности тканей

Задание {{19}} ТЗ 19 Тема 1-0-0

У ребенка 13 лет в области шеи имеется воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести.

Температура субфебрильная. Эта клиническая картина характерна для :

- + фурункула
- карбункула
- флегмоны
- фурункулеза
- псевдофурункулеза

Задание {{20}} ТЗ 20 Тема 1-0-0

Для псевдофурункулеза характерны следующие клинические признаки:

- + уплотнения в коже в виде «горошин»
- конусовидные инфильтраты с гнойно-некротическим стержнем в центре
- гиперемия кожи с «географическими» краями
- + ограниченные опухолевидные образования с гиперемией кожи и флюктуацией в центре

Задание {{21}} ТЗ 21 Тема 1-0-0

Лечение псевдофурункулеза должно быть :

- консервативным: повязки с ихтиоловой мазью местно и антибиотики парэнтерально
- + оперативным: вскрытие всех воспалительных очагов
- оперативным: иссечение псевдофурункулов в пределах здоровых тканей

Задание {{22}} ТЗ 22 Тема 1-0-0

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

- + фурункулеза
- рожистого воспаления
- флегмоны
- псевдофурункулеза
- абсцессов подкожной клетчатки

Задание {{23}} ТЗ 23 Тема 1-0-0

У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима:

- срочная операция
- + плановая операция
- диагностическая пункция
- наблюдение
- антибиотикотерапия

Задание {{24}} ТЗ 24 Тема 1-0-0

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

- + обрывному
- хроническому
- молниеносному
- местному
- затяжному

Задание {{25}} ТЗ 25 Тема 1-0-0

Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде при сформированной секвестральной коробке показано:

- разрез мягких тканей
- + секвестрэктомию
- наблюдение
- курс физиотерапии
- остеоперфорация

Задание {{26}} ТЗ 26 Тема 1-0-0

При остром гематогенном остеомиелите (метадиафизарном) в ранние сроки заболевания не обязательно проводить:

- коррекцию нарушений гомеостаза
- антибактериальную терапию
- декомпрессию костно-мозгового канала

- санацию очага поражения
- + строгую иммобилизацию очага поражения

Задание {{27}} ТЗ 27 Тема 1-0-0

Экссудация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:

- + сутки
- двое суток
- трое суток
- четверо суток
- неделю

Задание {{28}} ТЗ 28 Тема 1-0-0

Наиболее эффективным средством дренирования гнойной раны является :

- перфорированная трубка для пассивного оттока
- резиновый выпускник
- марлевый тампон
- + активное дренирование
- индивидуальный подход

Задание {{29}} ТЗ 29 Тема 1-0-0

Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения местного процесса, протекает в сроки:

- первые сутки
- + вторые-четвертые сутки
- пятые-шестые сутки
- седьмые-десятые сутки
- две недели

Задание {{30}} ТЗ 30 Тема 1-0-0

Очищение гнойной раны обычно наступает на:

- вторые-третьи сутки
- + четвертые-шестые сутки
- седьмые-десятые сутки
- к концу второй недели
- спустя две недели

Задание {{31}} ТЗ 31 Тема 1-0-0

Репарация в гнойной ране обычно наступает на :

- вторые-третьи сутки
- четвертые-шестые сутки
- + седьмые-десятые сутки
- к концу второй недели
- спустя две недели

Задание {{32}} ТЗ 32 Тема 1-0-0

У ребенка фурункул нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- госпитализацию
- антибиотикотерапию
- физиотерапию
- мазовые повязки
- + радикальное оперативное вмешательство

Задание {{33}} ТЗ 33 Тема 1-0-0

У ребенка 5 мес., отмечено появление множественных кожных абсцессов, куполообразной формы, без гнойных стержней. Диагноз:

- фурункулез
- + псевдофурункулез
- абсцессы подкожной клетчатки
- флегмона
- рожистое воспаление

Задание {{34}} ТЗ 34 Тема 1-0-0

При некротической флегмоне новорожденных поражаются следующие элементы кожи:

- сальные железы
- потовые железы
- эпидермис
- дерма
- + подкожная клетчатка

Задание {{35}} ТЗ 35 Тема 1-0-0

Для некротической флегмоны новорожденных характерно:

- уплотнение кожи (без гиперемии) , возвышающееся над ее поверхностью
- гиперемия кожи с припухлостью и флюктуацией в центре
- + быстро распространяющаяся гиперемия кожи с потемнением и западением в центре пораженного участка
- гиперемия кожи с четкими «географическими» границами
- конусовидные инфильтраты с гнойно-некротическим стержнем в центре

Задание {{36}} ТЗ 36 Тема 1-0-0

Местное лечение некротической флегмоны новорожденных заключается:

- в наложении влажных высыхающих повязок с антисептиками
- в крестообразном разрезе над всей поверхностью гиперемии
- в разрезе в центре гиперемии
- в пункции подкожной клетчатке с промыванием полости антибиотиками
- + в множественных разрезах-насечках в шахматном порядке по всей поверхности гиперемии с переходом на здоровую кожу

Задание {{37}} ТЗ 37 Тема 1-0-0

Основной возбудитель острого гематогенного остеомиелита у детей:

- + стафилококк
- стрептококк
- кишечная палочка
- протей
- клебсиелла

Задание {{38}} ТЗ 38 Тема 1-0-0

Основные формы острого гематогенного остеомиелита:

- реактивная
- + токсическая (динамическая)
- терминальная
- + септикопиемическая
- + местная
- токсическая

Задание {{39}} ТЗ 39 Тема 1-0-0

Воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите начинается в :

- костных пластинках
- + костном мозге
- соединительнотканевой основе
- хрящевой эпифизарной пластинке

Задание {{40}} ТЗ 40 Тема 1-0-0

Воспалительный процесс при остром гематогенном остеомиелите у детей первых месяцев жизни первоначально развивается:

- + в эпифизе
- метафизе
- диафизе
- суставном хряще

Задание {{41}} ТЗ 41 Тема 1-0-0

Клинически острый гематогенный эпифизарный остеомиелит проявляется:

- + парезом ручки
- патологической подвижностью
- + болезненностью при разгибании и сгибании
- + сгибательной контрактурой в ножках
- + отсутствием активных движений

Задание {{42}} ТЗ 42 Тема 1-0-0

Воспалительный процесс у старших детей при остром гематогенном остеомиелите начинается :

- в эпифизе
- + в метафизе
- в диафизе
- эпифизарной хрящевой пластинке (зоне роста)
- суставном хряще

Задание {{43}} ТЗ 43 Тема 1-0-0

Острым гематогенным остеомиелитом чаще болеют дети в возрасте:

- + до одного года
- 2-4 года
- + 5-7 лет
- 8-11 лет
- + 12-14 лет

Задание {{44}} ТЗ 44 Тема 1-0-0

Наиболее характерные признаки острого гематогенного остеомиелита у старших детей:

- + увеличение объема сегмента конечности
- гиперемия кожи
- флюктуация мягких тканей пораженного сегмента
- + усиление рисунка подкожных вен
- шаровидная форма сустава
- + вынужденное положение конечности
- ограничение функций сустава
- + выраженная болезненность при пальпации кости

- болезненность при осевой нагрузке

Задание {{45}} ТЗ 45 Тема 1-0-0

Ранними лабораторными признаками острого гематогенного остеомиелита являются:

- анемия
- тромбоцитопения
- лейкопения
- + гиперлейкоцитоз
- сдвиг формулы лейкоцитов вправо
- + сдвиг формулы лейкоцитов влево
- + токсическая зернистость нейтрофилов
- + небольшое повышение СОЭ
- резкое повышение СОЭ

Задание {{46}} ТЗ 46 Тема 1-0-0

Воспалительный процесс в эпифизе кости чаще бывает:

- + в периоде новорожденности
- в 1-3 года
- в 5-7 лет
- в 10-12 лет

Задание {{47}} ТЗ 47 Тема 1-0-0

Первые рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита появляются:

- на 2-3 сутки
- к концу первой недели
- 10-11 –й дни
- + 14-15 дни
- на 20-30 сутки
- после одного месяца

Задание {{48}} ТЗ 48 Тема 1-0-0

Наиболее часто встречающейся при остеомиелите у новорожденного локализацией патологического процесса в кости является:

- эпифиз
- метафиз
- + метаэпифизарная зона
- тотальное поражение кости
- метадиафизарное поражение

Задание {{49}} ТЗ 49 Тема 1-0-0

Первыми рентгенологическими признаками острого гематогенного остеомиелита являются:

- равномерный остеопороз
- + гнездный остеопороз
- остеосклероз
- + периостальная реакция
- наличие тонкостенных костных полостей
- дефекты кортикального слоя кости

Задание {{50}} ТЗ 50 Тема 1-0-0

Ранние рентгенологические признаки острого эпифизарного гематогенного остеомиелита характеризуются:

- линейной периостальной реакцией
- наличием очагов деструкции
- + расширением суставной щели
- игольчатым периоститом

Задание {{51}} ТЗ 51 Тема 1-0-0

Причиной возникновения болей при остром гематогенном остеомиелите является:

- раздражение нервных окончаний токсинами возбудителя
- + повышение внутрикостного давления
- разрушение нервных окончаний ферментами возбудителя
- раздражение рецепторов кожи при отеке конечности
- боли «центрального» происхождения

Задание {{52}} ТЗ 52 Тема 1-0-0

Срочность проведения оперативного вмешательства при остром гематогенном остеомиелите:

- первые минуты после поступления
- + первые три часа после поступления
- в течение первых суток
- допустима выжидательная тактика в течение трех суток

Задание {{53}} ТЗ 53 Тема 1-0-0

Оперативное вмешательство при остром гематогенном остеомиелите у детей старше 3 лет должно заключаться:

- в пункции кости
- в разрезе мягких тканей
- в периостотомии со вскрытием поднадкостничного абсцесса
- + в периостотомии в сочетании с фрезевой остеоперфорацией
- в широкой трепанации кости долотом

Задание {{54}} ТЗ 54 Тема 1-0-0

Иммобилизация конечности при остром гематогенном остеомиелите:

- не нужна
- глухой гипсовой повязкой
- + глубокой гипсовой лонгетой
- скелетным вытяжением
- аппаратом Илизарова

Задание {{55}} ТЗ 55 Тема 1-0-0

Клиническими признаками эпифизарного остеомиелита являются:

- увеличение объема суставного конца конечности
- + шарообразная форма сустава с увеличением его объема
- уплотнение мягких тканей, окружающих сустав
- + флюктуация в суставе

Задание {{56}} ТЗ 56 Тема 1-0-0

Хирургическое вмешательство при эпифизарном остеомиелите заключается :

- в разрезе мягких тканей в области эпифиза и периостотомии
- разрезе мягких тканей в области эпифиза, периостотомии и фрезевой трепанации эпифиза

- установке иглы в эпифиз для введения антибиотиков
- + повторных пункциях сустава с эвакуацией гноя и промыванием сустава антибиотиками
- иммобилизации конечности

Задание {{57}} ТЗ 57 Тема 1-0-0

Исходы эпифизарного остеомиелита:

- + выздоровление без последствий
- хронизация процесса с образованием секвестров и формированием свищей
- + формирование деформаций суставов, требующих ортопедических коррекций
- патологические переломы с формированием ложных суставов

Задание {{58}} ТЗ 58 Тема 1-0-0

О хронизации острого гематогенного остеомиелита говорят следующие признаки:
- склеротические изменения кости на рентгенограмме после 6 месяцев от начала заболевания

- + наличие периодически открывающихся свищей в области послеоперационного рубца.
- Утолщение кости на рентгенограмме через 6 месяцев от начала заболевания
- + Наличие на рентгенограмме секвестра в секвестральной коробке, независимо от сроков заболевания
- Неполное восстановление функции конечности через 6 месяцев

Задание {{59}} ТЗ 59 Тема 1-0-0

Лечение хронического гематогенного остеомиелита заключается:

- в секвестрэктомии по установлению диагноза
- + в корытообразной резекции кости и секвестрэктомии после отграничения секвестра
- + в выскабливании гнойных грануляций
- консервативное курортное лечение
- промывание свищей антисептиками

Задание {{60}} ТЗ 60 Тема 1-0-0

Ребенок поступил с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на 3-и сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое. Интоксикация. Пневмония.

Ребенку необходима:

- срочная остеоперфорация
- + остеоперфорация после предоперационной подготовки
- антибактериальная терапия, остеоперфорация в плановом порядке
- разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
- внутрикостное введение антибиотиков

Задание {{61}} ТЗ 61 Тема 1-0-0

У ребенка клиника острого гематогенного остеомиелита нижней трети бедра. 2-ой день болезни. При пункции мягких тканей гноя не получено. Показано:

- разрез мягких тканей
- кожный разрез, остеоперфорация
- + разрез мягких тканей, остеоперфорация
- антибиотики внутривенно
- широкая трепанация кости

Задание {{62}} ТЗ 62 Тема 1-0-0

Ребенок 12 лет поступил по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивную терапию больной погиб через двое суток. Указанный вариант можно отнести к :

- обрывному
- затяжному
- + молниеносному
- гипертоксическому
- септикопиемическому

Задание {{63}} ТЗ 63 Тема 1-0-0

Хронический остеомиелит приходится дифференцировать с :

- переломом
- + туберкулезом
- + саркомой
- артритом
- флегмоной

Задание {{64}} ТЗ 64 Тема 1-0-0

Рожистое воспаление кожи бывает:

- узловатым
- + эритематозным
- флегмонозным
- + буллезным
- + гангренозным
- абсцедирующим
- инфильтративным

Задание {{65}} ТЗ 65 Тема 1-0-0

Для диагностики острого аппендицита у детей до 5 лет используют:

- фенобарбитал
- масочный наркоз
- + осмотр во время медикаментозного сна
- + медикаментозный сон с применением реланиума
- медикаментозный сон с применением анальгина

Задание {{66}} ТЗ 66 Тема 1-0-0

Патогномоничные симптомы острого аппендицита у детей:

- рвота
- + локальная болезненность
- гипертермия
- + пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки
- + симптомы раздражения брюшины
- частый стул

Задание {{67}} ТЗ 67 Тема 1-0-0

Червеобразный отросток у ребенка:

- рудимент
- + функциональный орган
- порок развития
- аномалия
- вариант развития

Задание {{68}} ТЗ 68 Тема 1-0-0

У ребенка клиника острого мезоаденита. В этом случае необходимы :

- наблюдение
- оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
- + лапароскопия
- + назначение антибактериальной терапии
- перевод больного в терапевтическое отделение

Задание {{69}} ТЗ 69 Тема 1-0-0

Особенности клиники острого аппендицита у детей ясельного возраста:

- + преобладание общих симптомов над местными
- отсутствие рвоты
- + многократная рвота
- + гипертермия
- полиморфные кожные высыпания
- + трудность общения из-за незрелости психомоторной сферы
- выраженное двигательное беспокойство
- + неустойчивый стул
- выраженный симптом Щеткина-Блюмберга
- выраженная одышка

Задание {{70}} ТЗ 70 Тема 1-0-0

В клинической картине острого аппендицита с наступлением деструкции:

- ухудшается общее состояние
- появляется рвота
- усиливаются боли в животе
- + наступает «светлый промежуток»
- появляется частый жидкий стул

Задание {{71}} ТЗ 71 Тема 1-0-0

Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците :

- + не возможен
- возможен при начальной стадии воспаления
- возможен при флегмонозном аппендиците
- возможен при гангренозном аппендиците
- возможен даже при перфоративном аппендиците

Задание {{72}} ТЗ 72 Тема 1-0-0

У ребенка при операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей.

Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- + санация, ушивание раны наглухо
- резиновый выпускник
- марлевый тампон
- промывание брюшной полости
- тампон Микулича

Задание {{73}} ТЗ 73 Тема 1-0-0

В диагностике тазового аппендицита решающим в диагностике является:

- ректороманоскопия
- ирригография
- цистоскопия

- + ректальное пальцевое исследование
- рентгенограмма таза

Задание {{74}} ТЗ 74 Тема 1-0-0

Решающим для исключения или подтверждения острого аппендицита у ребенка с абдоминальным синдромом является:

- ректальное исследование
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- УЗИ брюшной полости
- + Пальпация живота в состоянии естественного или медикаментозного сна
- Компьютерная рентгеновская томография

Задание {{75}} ТЗ 75 Тема 1-0-0

Исключают острый аппендицит и свидетельствуют в пользу копростазы или глистной инвазии следующие дифференциально-диагностические признаки:

- + двигательное беспокойство ребенка
- нежелание двигаться, положение на правом боку с приведенными к животу ногами
- лейкоцитоз
- + отсутствие лейкоцитоза
- напряжение мышц передней брюшной стенки
- + отсутствие напряжения мышц брюшной стенки
- + исчезновение болей после очистительной клизмы

Задание {{76}} ТЗ 76 Тема 1-0-0

Аппендэктомия у детей предпочтительна следующим методом:

- с перевязкой культи и погружением ее в кисетный и Z-образный швы
- с перевязкой культи и погружением ее только в кисетный шов
- аппендэктомия с погружением в кисетный шов неперевязанной культи
- + аппендэктомия лигатурным методом без погружения культи
- инвагинационная аппендэктомия

Задание {{77}} ТЗ 77 Тема 1-0-0

В послеоперационном периоде после операции по поводу неосложненного аппендицита назначают:

- + анальгетики в сочетании с антигистаминными препаратами
- обезболивание наркотическими анальгетиками
- + антибиотики внутримышечно
- дезинтоксикационную инфузионную терапию
- + противовоспалительную физиотерапию
- электростимуляцию перистальтики
- прозерин (парентерально) с целью стимуляции перистальтики

Задание {{78}} ТЗ 78 Тема 1-0-0

Разлитой перитонит имеет следующие стадии:

- легкая
- тяжелая
- сверхтяжелая
- + реактивная
- динамическая
- + токсическая
- септикопиемическая
- + терминальная
- начальная

- осложнений

Задание {{79}} ТЗ 79 Тема 1-0-0

Оперативное вмешательство при перитоните должно быть проведено :

- срочно, без проведения предоперационной подготовки
- + после предоперационной подготовки в течение 3-4 часов
- после предоперационной подготовки в течение 12 часов
- после предоперационной подготовки в течение суток

Задание {{80}} ТЗ 80 Тема 1-0-0

Критерии подготовленности больного к операции по поводу разлитого перитонита:

- нормализация пульса
- + нормализация АД
- исчезновение одышки
- нормализация температуры тела
- восстановление диуреза
- нормализация картины красной крови
- отхождение стула и газов
- + снижение температуры тела ниже 38,0

Задание {{81}} ТЗ 81 Тема 1-0-0

Принципиальные моменты оперативного вмешательства при разлитом перитоните у детей:

- широкая срединная лапаротомия
- + широкий разрез в правой подвздошной области
- тщательная санация брюшной полости
- + удаление гнойного экссудата без проведения санации
- дренирование брюшной полости несколькими тампонами и дренажами
- + дренирование двумя дренажами в подвздошных областях
- ушивание брюшной стенки до тампона
- + ушивание раны брюшной стенки наглухо

Задание {{82}} ТЗ 82 Тема 1-0-0

Из перечисленных симптомов наиболее характерны для аппендикулярного инфильтрата:

- + постоянные боли в животе
- рвота
- + высокая температура
- положительный симптом Щеткина
- отсутствие перистальтики
- + наличие плотного болезненного опухолевидного образования в правой подвздошной области
- + лейкоцитоз

Задание {{83}} ТЗ 83 Тема 1-0-0

Методы лечения аппендикулярного инфильтрата:

- срочная аппендэктомия
- + антибактериальная терапия
- + УВЧ на инфильтрат
- широкая лапаротомия с санацией брюшной полости
- + дезинтоксикационная инфузионная терапия

- вскрытие инфильтрата через прямую кишку

Задание {{84}} ТЗ 84 Тема 1-0-0

Хирургическое лечение аппендикулярного абсцесса заключается :

- + во вскрытии через переднюю брюшную стенку
- Во вскрытии через прямую кишку
- в широкой лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости
- пункции абсцесса через прямую кишку
- в лапароскопическом дренировании абсцесса

Задание {{85}} ТЗ 85 Тема 1-0-0

Клинические признаки, характерные для межкишечного абсцесса:

- + постоянные боли в животе
- многократная рвота
- постоянная лихорадка
- + гектическая лихорадка
- задержка стула и газов
- + неустойчивый стул
 - положительные симптомы раздражения брюшины
- : высокий лейкоцитоз
- + пальпируемое опухолевидное образование в брюшной полости

Задание {{86}} ТЗ 86 Тема 1-0-0

Наиболее значимым диагностическим исследованием в дифференциальной диагностике аппендикулярного инфильтрата и абсцесса является ...

- + УЗИ

Задание {{87}} ТЗ 87 Тема 1-0-0

Клинические признаки, характерные для дуглас-абсцесса:

- постоянная лихорадка
- + гектическая лихорадка
- многократная рвота
- задержка стула и газов
- + частый стул со слизью и тенезмами
- + боли при мочеиспускании
- симптомы раздражения брюшины
- отсутствие перистальтики
- гиперемия и отек промежности.

Задание {{88}} ТЗ 88 Тема 1-0-0

Хирургическое лечение дуглас-абсцесса заключается во вскрытии через:

- переднюю брюшную стенку
- + прямую кишку
- промежность
- влагалище (у девочек)

Задание {{89}} ТЗ 89 Тема 1-0-0

При обнаружении аппендикулярного инфильтрата операция должна быть закончена:

- разделением инфильтрата, аппендэктомией
- подведением марлевого тампона к инфильтрату
- установкой микроирригатора

- установкой резинового выпускника
- + ушиванием раны, назначением антибиотиков и физиотерапии

Задание {{90}} ТЗ 90 Тема 1-0-0

У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает :

- одномоментное введение антибиотиков
- + резиновый выпускник
- марлевый тампон
- промывание брюшной полости
- тампон Микулича

Задание {{91}} ТЗ 91 Тема 1-0-0

Клинические признаки, характерные для поддиафрагмального абсцесса:

- многократная рвота
- задержка стула и газов
- резко выраженная одышка
- + гиперлейкоцитоз
- + влажные хрипы в нижних отделах легких
- положительные симптомы раздражения брюшины
- + наличие жидкости в плевральном синусе на рентгенограмме
- + влажный кашель
- + болезненность при надавливании на реберную дугу

Задание {{92}} ТЗ 92 Тема 1-0-0

Для лечения поддиафрагмального абсцесса необходимо:

- + вскрытие разрезом под реберной дугой
- широкая лапаротомия с санацией брюшной полости
- повторные пункции абсцесса
- вскрытие через плевральную полость
- консервативная терапия

Задание {{93}} ТЗ 93 Тема 1-0-0

Приоритетным методом лечения диплококкового перитонита у детей является: ...

- + лапароскопия

Задание {{94}} ТЗ 94 Тема 1-0-0

Инвагинация кишечника чаще всего бывает у детей в возрасте:

- до двух месяцев
- + от трех месяцев до одного года
- от одного до 3 лет
- старше трех лет

Задание {{95}} ТЗ 95 Тема 1-0-0

Укажите наиболее характерную локализацию инвагинации кишечника у детей

- тонко-тонкокишечная
- + тонко-толстокишечная
- толсто-толстокишечная

Задание {{96}} ТЗ 96 Тема 1-0-0

Первая стадия инвагинации называется:

- + начальная
- рефлекторная
- реактивная
- компенсированная
- неосложненная

Задание {{97}} ТЗ 97 Тема 1-0-0

Вторая стадия инвагинации называется:

- субкомпенсированная
- токсическая
- + сформировавшегося инвагината
- геморрагическая
- анемическая

Задание {{98}} ТЗ 98 Тема 1-0-0

Третья стадия инвагинации называется:

- декомпенсированная
- + осложнений
- терминальная
- септическая
- динамическая

Задание {{99}} ТЗ 99 Тема 1-0-0

Инвагинация кишечника имеет следующие характерные симптомы:

- рвота желчью
- + схваткообразные боли
- вялость, адинамия
- задержка стула и газов
- + определение инвагината при пальпации живота
- стул с кровью и сгустками
- + жидкий стул вишневого цвета без сгустков крови

Задание {{100}} ТЗ 100 Тема 1-0-0

Из перечисленных дополнительных методов исследования наиболее информативны в диагностике инвагинации кишечника:

- обзорная рентгенография брюшной полости
- + пневмоирригография
- исследование пассажа бария по кишечнику
- + бимануальная пальпация живота под наркозом
- общий анализ крови
- + УЗИ

Задание {{101}} ТЗ 101 Тема 1-0-0

Дезинвагинация консервативным способом допустима в сроки:

- до 12 часов с момента заболевания
- + до 24 часов с момента заболевания
- до 48 часов с момента заболевания
- у детей первого года жизни
- у детей старше одного года

Задание {{102}} ТЗ 102 Тема 1-0-0

У ребенка 8 месяцев рвота, приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- острый аппендицит
- + инвагинация кишечника
- аппендикулярный инфильтрат
- кишечная инфекция
- опухоль брюшной полости

Задание {{103}} ТЗ 103 Тема 1-0-0

Метод консервативного лечения инвагинации заключается :

- в бимануальной пальпации под наркозом
- в сифонных клизмах
- + в пневмоирригографии
- в теплых ваннах
- колоноскопии
- в введении спазмолитических средств
- в введении анальгетиков

Задание {{104}} ТЗ 104 Тема 1-0-0

У ребенка 9 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом лечения является:

- + ирригография с воздухом
- ирригография с бариевой взвесью
- колоноскопия
- лапароскопия
- лапаротомия, дезинвагинация

Задание {{105}} ТЗ 105 Тема 1-0-0

У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости. В данном случае необходима:

- ирригография с воздухом
- ирригография с барием
- колоноскопия
- лапароскопия
- + лапаротомия, дезинвагинация

Задание {{106}} ТЗ 106 Тема 1-0-0

Показания к оперативному лечению инвагинации кишечника:

- возраст старше трех лет
- + возраст старше одного года
- возраст до одного года
- срок заболевания больше 12 часов
- + срок заболевания больше 24 часов
- срок заболевания больше 48 часов
- + неэффективность консервативного расправления инвагината
- + выпадение инвагината из анального отверстия

Задание {{107}} ТЗ 107 Тема 1-0-0

Спаечную непроходимость кишечника следует считать поздней :

- после двух недель
- + после одного месяца
- после трех месяцев
- после одного года
- после выписки из стационара

Задание {{108}} ТЗ 108 Тема 1-0-0

Спаечную кишечную непроходимость следует считать ранней после операции:

- в первые сутки
- на вторые-третьи сутки
- + четвертые-пятые сутки
- седьмые-тринадцатые сутки
- с четырнадцатых суток до одного месяца
- после одного месяца

Задание {{109}} ТЗ 109 Тема 1-0-0

Для ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости характерны следующие симптомы:

- срыгивания
- + рвота
- : постоянные боли в животе
- схваткообразные боли в животе
- + отсутствие стула
- скудный жидкий стул
- + равномерное вздутие живота
- асимметричное вздутие живота
- отсутствие перистальтики
- + периодические слабые волны перистальтики
- усиленная перистальтика

Задание {{110}} ТЗ 110 Тема 1-0-0

Допустимая продолжительность консервативного лечения ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости составляет до:

- 3-6 часов
- 12 часов
- 24 часов
- + 48 часов
- 72 часов

Задание {{111}} ТЗ 111 Тема 1-0-0

Допустимая продолжительность консервативного лечения поздней спаечной кишечной непроходимости составляет:

- + до 3-6 часов
- 12 часов
- 24 часов
- 48 часов
- 72 часов

Задание {{112}} ТЗ 112 Тема 1-0-0

У ребенка на 4 сутки после операции картина ранней спаечной кишечной непроходимости. Ему необходимы:

- срочная операция

- наблюдение
- + дача бария, проведение консервативных мероприятий
- дача бария, наблюдение
- операция в плановом порядке

Задание {{113}} ТЗ 113 Тема 1-0-0

У ребенка странгуляционная кишечная непроходимость кишечника. Ему необходимо:

- проведение консервативных мероприятий
- наблюдение в динамике
- дача бария, консервативные мероприятия 3-6 часов
- срочная операция
- + операция после предоперационной подготовки

Задание {{114}} ТЗ 114 Тема 1-0-0

У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана:

- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
- + ревизия через доступ в правой подвздошной области
- наблюдение, проведение консервативных мероприятий
- лапароцентез
- лапароскопия

Задание {{115}} ТЗ 115 Тема 1-0-0

У ребенка 5 лет приступообразные боли в животе, рвота, задержка газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Год назад оперирован по поводу острого аппендицита. Обследование надо начать с :

- + обзорной рентгенографии
- дачи бариевой взвеси через рот
- гипертонической клизмы
- ректального исследования
- пальпации живота под наркозом

Задание {{116}} ТЗ 116 Тема 1-0-0

Принципы оперативного лечения ранней спаечно-паретической кишечной непроходимости состоят в :

- рассечении спаек
- + подвешной энтеростомии
- терминальной энтеростомии
- наложении противоестественного ануса
- санации брюшной полости

Задание {{117}} ТЗ 117 Тема 1-0-0

Принципы оперативного лечения поздней спаечной кишечной непроходимости состоят в :

- + в рассечении спаек
- подвешной энтеростомии
- терминальной энтеростомии
- наложении противоестественного ануса
- санации брюшной полости

Задание {{118}} ТЗ 118 Тема 1-0-0

В случае резекции кишки у детей предпочтительнее наложение кишечного анастомоза:

- конец в бок
- + конец в конец
- бок в бок
- бок в конец

Раздел: Хирургия пороков развития

Задание {{119}} ТЗ 119 Тема 2-0-0

Какая из форм атрезии пищевода встречается наиболее часто:

- пищевод в виде тяжа без просвета
- атрезия со слепыми верхним и нижним концами
- атрезия с верхним и нижним трахеопищеводными свищами
- + атрезия с верхним слепым концом и нижним трахеопищеводным свищом
- атрезия с нижним слепым концом и верхним трахеопищеводным свищом

Задание {{120}} ТЗ 120 Тема 2-0-0

Для атрезии пищевода характерны :

- рвота с рождения
- + пенистые выделения изо рта при рождении
- кровотечения из пищевода
- + влажные хрипы в легких с первых часов жизни
- запавший ладьевидный живот
- срыгивания створоженным молоком
- + нарушения дыхания при прикладывании к груди

Задание {{121}} ТЗ 121 Тема 2-0-0

Дополнительные исследования, проводимые в роддоме для подтверждения диагноза атрезии пищевода:

- обзорная рентгенография грудной клетки
- контрастное исследование пищевода
- эзофагоскопия
- + попытка зондирования желудка
- УЗИ

Задание {{122}} ТЗ 122 Тема 2-0-0

Лечебные мероприятия, проводимые в роддоме до транспортировки ребенка в детское хирургическое отделение:

- + оксигенотерапия
- бронхоскопия
- ингаляция с бронхолитиками
- + терапия антибиотиками
- + аспирация содержимого рта и глотки каждые 15 минут
- терапия викасолом
- УВЧ на грудную клетку
- парентеральное питание

Задание {{123}} ТЗ 123 Тема 2-0-0

Атрезия пищевода со свищом проявляется:

- + одышкой
- + пенистыми выделениями изо рта
- срыгиваниями створоженным молоком
- + вздутием живота
- отсутствием стула
- смещением средостения

Задание {{124}} ТЗ 124 Тема 2-0-0

Обильные пенистые выделения изо рта и из носа у новорожденного характерны при:

- пилоростенозе
- дуоденальной непроходимости
- + атрезии пищевода
- пилороспазме

Задание {{125}} ТЗ 125 Тема 2-0-0

Принципы хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных:

- гастростомия
- гастростомия в сочетании с шейной эзофагостомией
- + прямой анастомоз концов пищевода, разделение трахеопищеводного свища
- + гастростомия в сочетании с пересечением трахеопищеводного свища
- пластика пищевода трансплантатом толстой кишки

Задание {{126}} ТЗ 126 Тема 2-0-0

Основная причина образования паховых грыж у детей:

- повышение внутрибрюшного давления
- большие физические нагрузки
- + нарушение облитерации влагалищного отростка брюшины
- асцит
- слабость передней брюшной стенки

Задание {{127}} ТЗ 127 Тема 2-0-0

Грыжи, наиболее часто встречающиеся в паховой области у детей:

- бедренные
- + косые паховые
- прямые паховые
- + врожденные
- приобретенные

Задание {{128}} ТЗ 128 Тема 2-0-0

Грыжевое выпячивание при паховых грыжах локализуется:

- выше пупартовой связки
- ниже пупартовой связки
- + в области наружного пахового кольца
- + в мошонке
- над лоном

Задание {{129}} ТЗ 129 Тема 2-0-0

Какими из перечисленных клинических признаков характеризуется грыжевое выпячивание при неосложненной паховой грыже:

- тугоэластическое

- + мягкое
- плотное
- + меняющихся размеров
- неменяющихся размеров
- исчезающее
- + исчезающее

Задание {{130}} ТЗ 130 Тема 2-0-0

Оптимальный возраст детей для планового хирургического лечения существующих с рождения паховых грыж:

- любой по установлению диагноза
- первый месяц жизни
- + от 6 до 12 месяцев
- после одного года
- после трех лет

Задание {{131}} ТЗ 131 Тема 2-0-0

Плановая операция показана вне зависимости от возраста:

- + при повторяющихся ущемлениях
- при наличии сопутствующих пороков развития
- при сочетании с крипторхизмом
- + при больших размерах грыжи
- по требованию родителей

Задание {{132}} ТЗ 132 Тема 2-0-0

Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является :

- тошнота и рвота
- подъем температуры
- + эластическое выпячивание в паховой области
- боли в животе
- беспокойство, частый крик

Задание {{133}} ТЗ 133 Тема 2-0-0

Дифференциальную диагностику пахово-мошоночной грыжи чаще всего приходится проводить с :

- орхитом
- + водянкой оболочек яичка
- варикоцеле
- перекрутом гидатиды
- орхидоэпидидимитом

Задание {{134}} ТЗ 134 Тема 2-0-0

Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является :

- частое ущемление
- возраст после двух лет
- + установление диагноза
- возраст после 5 лет
- диаметр выпячивания свыше 3 см

Задание {{135}} ТЗ 135 Тема 2-0-0

В послеоперационном периоде после грыжесечения необходимо:

- физиотерапия

- массаж
- + щадящий режим – 2 недели
- ограничение физической нагрузки на 1 год
- постельный режим - 1 неделю

Задание {{136}} ТЗ 136 Тема 2-0-0

Осложнения после грыжесечения обусловлены:

- + техническими погрешностями
- возрастом ребенка
- степенью диспластических изменений
- сопутствующими пороками
- операцией по экстренным показаниям

Задание {{137}} ТЗ 137 Тема 2-0-0

Оптимальный доступ при плановых грыжесечениях у детей:

- + параллельно и выше пупартовой связки
- по нижней кожной складке живота
- вертикально выше и ниже пупартовой связки
- через мошонку
- путем лапаротомии

Задание {{138}} ТЗ 138 Тема 2-0-0

Паховый канал при плановом грыжесечении у детей:

- вскрывается
- + не вскрывается
- надсекается

Задание {{139}} ТЗ 139 Тема 2-0-0

Плановое грыжесечение у детей завершается:

- пластикой задней стенки
- пластикой передней стенки
- мышечно-апоневротической пластикой передней стенки
- + пластика не проводится

Задание {{140}} ТЗ 140 Тема 2-0-0

Ранние общие признаки ущемления паховой грыжи :

- + беспокойство ребенка
- + рвота съезженной пищей
- рвота зеленью
- вздутие живота
- задержка стула и газов
- повышение температуры
- лейкоцитоз
- + боли в паховой области
- боли в животе

Задание {{141}} ТЗ 141 Тема 2-0-0

Характерные признаки грыжевого выпячивания при ущемлении паховой грыжи:

- + болезненное
- безболезненное
- мягкое
- + тугоэластическое

- с гиперемией кожи над ним
- + без гиперемии

Задание {{142}} ТЗ 142 Тема 2-0-0

Ущемление паховой грыжи возможно устранить консервативными мероприятиями:

- в первые 3 часа после ущемления
- в первые 6 часов после ущемления
- + в первые 12 часов после ущемления
- в первые сутки после ущемления
- консервативное лечение противопоказано

Задание {{143}} ТЗ 143 Тема 2-0-0

Операция грыжесечения при ущемлении паховой грыжи заключается :

- + грыжевой мешок для устранения ущемления вскрывается до вскрытия пахового канала
- грыжевой мешок вскрывается после вскрытия пахового канала и устранения ущемления
- оценивается жизнеспособность только петли, ущемленной в грыжевом мешке
- + оценивается жизнеспособность приводящей и отводящей петель, для чего они извлекаются из брюшной полости
- производится апоневротическая пластика передней стенки пахового канала
- производится мышечно-апоневротическая пластика передней стенки пахового канала
- + на рассеченный апоневроз наружной косой мышцы накладываются узловыe швы.

Задание {{144}} ТЗ 144 Тема 2-0-0

Признаки, характеризующие пупочную грыжу у детей:

- рвота
- беспокойство
- гипотрофия
- + дефект апоневроза в области пупка
- гиперемия пупка
- вздутие живота
- боли в животе

Задание {{145}} ТЗ 145 Тема 2-0-0

Консервативное лечение пупочных грыж у детей:

- + возможно
- невозможно
- противопоказано

Задание {{146}} ТЗ 146 Тема 2-0-0

Оперативное лечение пупочных грыж у детей проводится :

- по выявлению
- в периоде новорожденности
- в возрасте 1 года
- + в возрасте 2-3 лет
- в подростковом возрасте

Задание {{147}} ТЗ 147 Тема 2-0-0

Признаки, характерные для грыжи белой линии живота у детей:

- рвота
- + дефект апоневроза белой линии живота
- + не вправляющаяся болезненная припухлость по средней линии живота

- расстройство стула
- вздутие живота
- + боли в эпигастрии, усиливающиеся при напряжении мышц брюшного пресса

Задание {{148}} ТЗ 148 Тема 2-0-0

Консервативное лечение грыж белой линии живота:

- возможно
- + невозможно
- противопоказано

Задание {{149}} ТЗ 149 Тема 2-0-0

Оперативное лечение грыжи белой линии живота проводится:

- в периоде новорожденности
- в возрасте 1 года
- + после 3 лет
- после 10 лет

Задание {{150}} ТЗ 150 Тема 2-0-0

После операции по поводу водянки оболочек яичка необходимы:

- физиотерапия
- массаж
- + обычный образ жизни
- ограничение физической нагрузки
- постельный режим

Задание {{151}} ТЗ 151 Тема 2-0-0

Полная облитерация вагинального отростка брюшины заканчивается к:

- 28-32 неделе внутриутробной жизни
- рождению
- + 1 году
- 2-3 годам
- сразу после рождения

Задание {{152}} ТЗ 152 Тема 2-0-0

Из перечисленных симптомов характерен для пупочной грыжи:

- овальная форма грыжевого выпячивания
- + в покое легко вправляется
- часто ущемляется
- воспаление пупочных сосудов
- + чаще проявляется при беспокойстве

Задание {{153}} ТЗ 153 Тема 2-0-0

Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

- порок развития сосудов пупочного кольца
- + незаращение апоневроза пупочного кольца
- воспаления пупочных сосудов
- портальная гипертензия
- родовая травма

Задание {{154}} ТЗ 154 Тема 2-0-0

У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- экстренное оперативное вмешательство
- операцию в плановом порядке по достижению 2-х лет
- наблюдение в динамике
- массаж, укрепление мышц брюшной стенки, профилактику запоров
- + массаж, укрепление мышц живота, стягивание краев пупочного кольца.

Задание {{155}} ТЗ 155 Тема 2-0-0

Причиной пилоростеноза является:

- нарушение вскармливания
- + порочная иннервация пилоруса
- незрелость кишечной трубки
- острый гастрит
- язвенная болезнь желудка

Задание {{156}} ТЗ 156 Тема 2-0-0

Пилоростеноз проявляется :

- на первой неделе жизни
- + на третьей-четвертой неделе жизни
- в 1-3 месяца
- в 4-6 месяцев
- после одного года

Задание {{157}} ТЗ 157 Тема 2-0-0

При пилоростенозе характерна рвота:

- желчью и зеленью
- съеденной пищей
- + створоженным молоком
- 15-20 раз в сутки
- + 5-6 раз в сутки

Задание {{158}} ТЗ 158 Тема 2-0-0

Клинические признаки пилоростеноза:

- постоянное беспокойство ребенка
- + вялость ,адиамаия
- равномерное вздутие живота
- + вздутие в эпигастральной области
- частый жидкий стул
- + редкий скудный стул
- высокий лейкоцитоз
- + повышение показателей гематокрита
- эффект от назначения спазмолитиков
- + резкое падение в весе

Задание {{159}} ТЗ 159 Тема 2-0-0

Этиологическим фактором пилоростеноза является:

- + генетический порок
- пептический стеноз
- гиперсимпатикотония
- ваготония
- биохимический дефект стероидогенеза

Задание {{160}} ТЗ 160 Тема 2-0-0

Масса тела у больного с пилоростенозом характеризуется:

- прогрессирующим падением массы тела
- малой прибавкой веса
- + возрастным дефицитом массы тела
- неравномерным увеличением массы тела
- умеренным падением массы тела

Задание {{161}} ТЗ 161 Тема 2-0-0

Наиболее информативные дополнительные методы исследования при пилоростенозе:

- рентгенологическое исследование желудка с барием
- бариевая клизма
- + пальпация живота под наркозом
- + фиброгастроскопия
- колоноскопия
- компьютерная томография
- лапароскопия
- + УЗИ

Задание {{162}} ТЗ 162 Тема 2-0-0

Лечение пилоростеноза заключается в :

- дробном кормлении
- промывании желудка
- назначении спазмолитиков
- резекции желудка
- пилоропластике
- + пилоромиотомии
- гастроэнтеростомии

Задание {{163}} ТЗ 163 Тема 2-0-0

Обильная рвота после еды кислым створоженным молоком характерная для:

- атрезии пищевода
- атрезии тощей кишки
- аппендицита
- + пилоростеноза
- сотрясении головного мозга

Задание {{164}} ТЗ 164 Тема 2-0-0

При каком из перечисленных заболеваний объем рвотных масс превышает количество съеденной при последнем кормлении пищи:

- при остром аппендиците
- сотрясении мозга
- высокой кишечной непроходимости
- низкой кишечной непроходимости
- + пилоростенозе

Задание {{165}} ТЗ 165 Тема 2-0-0

При каком из приведенных заболеваний рвота происходит во время приема пищи:

- при остром аппендиците
- пилоростенозе
- низкой кишечной непроходимости
- + стенозе пищевода
- сотрясении головного мозга

Задание {{166}} ТЗ 166 Тема 2-0-0

Программа обследования новорожденного 5 дней с синдромом пальпируемой опухоли включает:

- обзорную рентгенографию брюшной полости
- + клинический осмотр
- + УЗИ
- + клинические и биохимические анализы
- экскреторную урографию
- компьютерную томографию

Задание {{167}} ТЗ 167 Тема 2-0-0

У новорожденного с синдромом пальпируемой опухоли для уточнения диагноза выполняют ...

- + УЗИ

Задание {{168}} ТЗ 168 Тема 2-0-0

Рентгенологически острый гематогенный остеомиелит в первые сутки заболевания дифференцируют с ...

- + переломом

Задание {{169}} ТЗ 169 Тема 2-0-0

Для ревматоидного артрита у детей характерны ранние симптомы:

- острое начало
- + постепенное начало
- стойкая гипертермия
- нарушение функции
- боль при перкуссии
- + летучие боли в суставах
- : припухлость и боли в области сустава

Задание {{170}} ТЗ 170 Тема 2-0-0

Дифференциальную диагностику острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с :

- + туберкулезом
- + ревматоидным артритом
- рахитом
- + флегмоной
- + травмой
- + саркомой
- остеобластокластомой

Задание {{171}} ТЗ 171 Тема 2-0-0

Ребенку с напряженным пневмотораксом необходимо провести:

- оперативное вмешательство
- + плевральную пункцию
- бронхоскопию
- наблюдение

Задание {{172}} ТЗ 172 Тема 2-0-0

Ребенку с плевритом необходимо провести:

- оперативное вмешательство

- + плевральную пункцию
- бронхоскопию
- наблюдение

Задание {{173}} ТЗ 173 Тема 2-0-0

При буллезной форме легочной деструкции оптимальным методом лечения является:

- пункция буллы
- + интенсивная терапия без вмешательства в очаг
- дренирование буллы
- бронхоскопический дренаж
- плевральная пункция

Задание {{174}} ТЗ 174 Тема 2-0-0

При плащевидном плеврите оптимальным методом лечения является :

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- интенсивная терапия без вмешательства в очаг
- + пункция плевральной полости
- дренирование плевральной полости с активной аспирацией
- бронхоскопия

Задание {{175}} ТЗ 175 Тема 2-0-0

На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные полости. Наиболее вероятный диагноз:

- абсцесс легкого
- + буллы
- пиоторакс
- пневмоторакс
- пиопневмоторакс

Задание {{176}} ТЗ 176 Тема 2-0-0

Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз:

- пиопневмоторакс
- буллезная форма легочной деструкции
- + абсцесс легкого
- пиоторакс
- медиастинальная эмфизема

Задание {{177}} ТЗ 177 Тема 2-0-0

Ребенку с пиопневмотораксом необходимо провести:

- оперативное вмешательство
- плевральную пункцию
- бронхоскопию
- + дренирование плевральной полости
- наблюдение

Задание {{178}} ТЗ 178 Тема 2-0-0

В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется :

- напряженный пневмоторакс
- пиопневмоторакс
- + инфильтрат

- + плащевидный плеврит
- абсцесс

Задание {{179}} ТЗ 179 Тема 2-0-0

Деструктивные пневмонии чаще других вызывает:

- + стафилококк
- стрептококк
- пневмококк
- кишечная палочка
- синегнойная палочка

Задание {{180}} ТЗ 180 Тема 2-0-0

Пневмонии называются деструктивными :

- при выраженных симптомах интоксикации
- + при присоединении хирургических осложнений со стороны легких, плевры, средостения
- при наличии других гнойных очагов в организме
- при заболевании, затянувшемся более месяца
- при высева стафилококка из мокроты

Задание {{181}} ТЗ 181 Тема 2-0-0

Внутригрудным напряжением проявляются :

- респираторный дистресс-синдром
- + врожденная лобарная эмфизема
- + ложная диафрагмальная грыжа
- + спонтанный пневмоторакс
- + релаксация купола диафрагмы
- ателектаз легкого
- + гидроторакс

Задание {{182}} ТЗ 182 Тема 2-0-0

Одышка, пенистые выделения изо рта и из носа вздутие живота характерны для:

- атрезии пищевода
- + атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом
- мембраны желудка
- пилоростеноза
- высокой непроходимости кишечника

Задание {{183}} ТЗ 183 Тема 2-0-0

Для подтверждения диагноза кишечной инвагинации ребенку необходимо выполнить ...

- + пневмоирриграфию

Задание {{184}} ТЗ 184 Тема 2-0-0

Особенности , предрасполагающие к распространению перитонита у детей:

- + недоразвитие сальника
- + снижение пластических функций брюшины
- + преобладание экссудации в воспалительном процессе
- особенности возбудителя
- малый объем брюшной полости

Задание {{185}} ТЗ 185 Тема 2-0-0

Водянка оболочек яичка у детей до 3 лет связана с :

- + необлитерированным влагалищным отростком брюшины
- гиперпродукцией водяночной жидкости
- нарушение лимфооттока
- слабостью передней брюшной стенки
- повышенной физической нагрузкой

Задание {{186}} ТЗ 186 Тема 2-0-0

Неосложненная пахово-мошоночная грыжа характеризуется:

- + урчанием при вправлении
- безболезненным невправимым в брюшную полость образованием
- при диафаноскопии симптом просвечивания
- + расширение наружного пахового кольца
- + положительным симптомом «кашлевого» толчка

Задание {{187}} ТЗ 187 Тема 2-0-0

Неосложненная водянка оболочек яичка характеризуется:

- урчанием при вправлении
- + образование не вправляется
- + при диафаноскопии симптомом просвечивания
- расширением наружного пахового кольца
- положительным симптомом «кашлевого» толчка

Задание {{188}} ТЗ 188 Тема 2-0-0

Сроки направления детей с водянкой оболочек яичка на оперативное лечение:

- новорожденные
- 6 месяцев
- 1 год
- + 2-3 года
- 6-7 лет

Задание {{189}} ТЗ 189 Тема 2-0-0

При дифференциальной диагностике между ущемленной паховой грыжей и остро возникшей кистой семенного канатика показаны:

- + диафаноскопия
- + бимануальная пальпация области внутреннего пахового кольца
- обзорный снимок брюшной полости
- пальпация наружного пахового канала
- + УЗИ

Задание {{190}} ТЗ 190 Тема 2-0-0

При ущемленной паховой грыже у детей экстренная операция показана:

- во всех случаях
- + у девочек во всех случаях
- + у мальчиков, если консервативно не вправляется
- при давности ущемления более 12 часов
- + если давность не установлена

Задание {{191}} ТЗ 191 Тема 2-0-0

У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Тактика хирурга включает:

- динамическое наблюдение
- пункцию образования

- попытку вправления образования в брюшную полость
- + операцию- ревизию пахово-мошоночной области
- рентгенографию брюшной полости

Задание {{192}} ТЗ 192 Тема 2-0-0

Локализация яичка при крипторхизме:

- + паховая
- лобковая
- бедренная
- промежностная
- перекрестная
- + брюшная

Задание {{193}} ТЗ 193 Тема 2-0-0

Локализация яичка при эктопии:

- + паховая
- + лобковая
- + бедренная
- + промежностная
- + перекрестная
- брюшная

Задание {{194}} ТЗ 194 Тема 2-0-0

Варикоцеле у детей возникает:

- до 3 лет
- до 9-10 лет
- + после 9-10 лет

Задание {{195}} ТЗ 195 Тема 2-0-0

Оптимальный возраст хирургического лечения крипторхизма:

- первые три месяца жизни
- + второй год жизни
- шесть лет
- 12-14 лет

Задание {{196}} ТЗ 196 Тема 2-0-0

Оптимальный возраст хирургического лечения водянки оболочек яичка:

- у новорожденных
- во втором полугодии жизни
- в один год
- + в 2-3 года
- в 6-8 лет
- в 12-14 лет

Задание {{197}} ТЗ 197 Тема 2-0-0

Повреждающее действие варикоцеле на яичко заключается в :

- возможности малигнизации яичка
- предрасположенности к воспалительным заболеваниям
- + нарушении фертильности
- развитию гипогонадизма

Задание {{198}} ТЗ 198 Тема 2-0-0

При синдроме отечной мошонки показано:

- антибактериальная терапия, покой, суспензорий
- наблюдение в течение 24 часов, при отсутствии улучшения – операция обнажения яичка
- + срочная операция в любом возрасте
- срочная операция только у новорожденных

Задание {{199}} ТЗ 199 Тема 2-0-0

Первые признаки гемангиом проявляются в виде:

- + небольшого красного пятна
- пигментного образования
- обширной опухоли

Задание {{200}} ТЗ 200 Тема 2-0-0

Возраст особо интенсивного роста гемангиомы :

- + первое полугодие жизни
- после года
- в 7-8 лет
- у подростков

Задание {{201}} ТЗ 201 Тема 2-0-0

Методы выбора лечения гемангиом:

- полихимиотерапия
- аппликации спиртовых растворов
- + криогенное воздействие
- + хирургическое удаление
- + склерозирующее
- + гормональное

Задание {{202}} ТЗ 202 Тема 2-0-0

Методом лечения обширных гемангиом туловища, лица, конечностей с быстрым ростом является :

- оперативное лечение
- криотерапия
- склеротерапия
- + гормональная терапия
- рентгенотерапия

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА № 1

1. 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.

Эталон ответа. Инвагинация. Показана пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара.

Обследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью. При невозможности консервативного расправления – лапароскопия или лапаротомия.

ЗАДАЧА № 2

2. 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.

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

ЗАДАЧА № 3

3. 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.

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

ЗАДАЧА № 4

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

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

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

ЗАДАЧА № 5

5. 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, Нв - 180 г/л, Нт - 75%, На плазмы 132 мэкв/л, К плазмы 3,8 мэкв/л.

Поставить предварительный диагноз. Составить план обследования и лечения.

Эталон ответа. 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 № 6

6. 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.

Эталон ответа. 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 № 7

7. 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.

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

ЗАДАЧА № 8

8. 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.

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

ЗАДАЧА № 9

9. 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.

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

ЗАДАЧА № 10

10. 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.

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

ЗАДАЧА № 11

11. 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 4см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было. Ваш диагноз и тактика лечения.

Эталон ответа. Ущемленная паховая грыжа. Показано экстренное оперативное лечение.

ЗАДАЧА № 12

12. У ребенка 5 лет во время операции и наркоза развилась гипертермия, которая не купируется общепринятыми методами. Какая форма гипертермии отмечалась у данного больного? Что необходимо предпринять?

Эталон ответа. Злокачественная гипертермия. Остановить операцию и наркоз. 100% кислород. Физические методы охлаждения. Дантролен внутривенно.