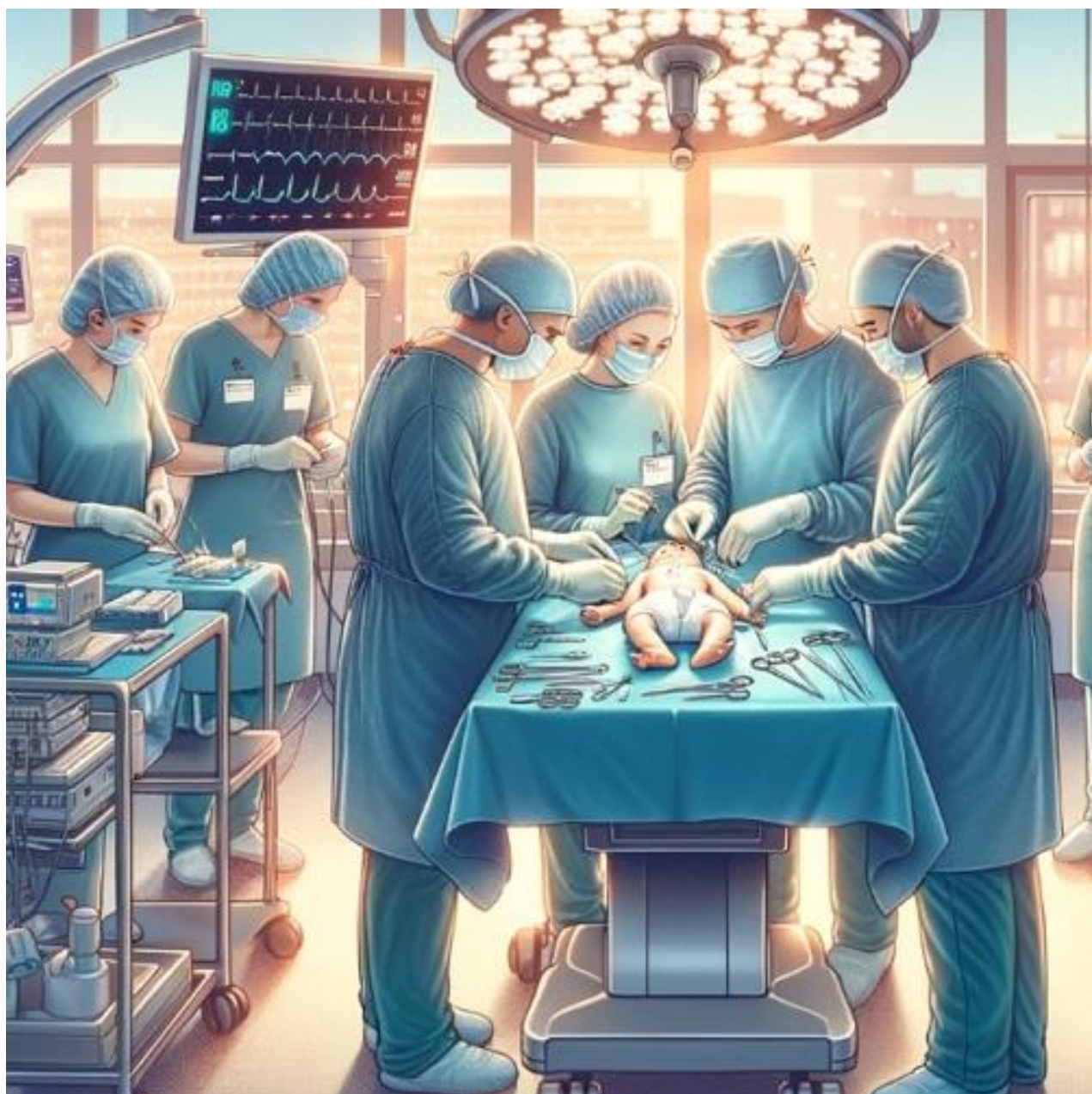


# Детская хирургия

## Ситуационные задачи

Купить: [medkeys.ru/product/detki/](https://medkeys.ru/product/detki/)



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 7 лет.

### Жалобы

на

- \* боли внизу живота преимущественно в правых отделах,
- \* температуру до 37,1°C,
- \* выпячивание в правой паховой области,
- \* рвоту.

### Анамнез заболевания

Утром, после занятий спортом у ребенка появились боли внизу живота. Выпячивание в правой паховой области. Рвота 4 раза. Стул был за сутки до появления болей, обычный, оформленный. Отмечается подъем температуры до 37,1°C. Обратились в приемный покой спустя 5 часов от начала заболевания.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.
- \* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.
- \* Оценка по шкале Апгар – 8/9. В родильном зале приложен к груди.
- \* Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: в возрасте 4 лет перенес ветряную оспу. ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* С возраста 4-х лет диагностирована правосторонняя паховая грыжа, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке, но родители решили воздержаться от операции.

### Объективный статус

Рост – 124 см. Вес – 26 кг 200 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное – сидит, так как при ходьбе и в положении стоя боли усиливаются. Температура – 37,1°C, частота дыхательных движений – 24 в минуту, частота сердечных сокращений – 86 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабилен, артериальное давление – 106/64 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

**\*Локальный статус:\*** живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается болезненность в правой паховой области, пальпируется округлое опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Дизурических расстройств нет. Стула не было более суток. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, признаков острого воспаления нет.

**Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

**Результаты инструментального метода обследования**

**К дополнительным методам диагностики, необходимым в данном случае, относится**

**Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- проведение консультации инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции
- консервативное лечение в стационаре, при нарастании лейкоцитоза выполнить диагностическую лапароскопию
- выполнение компьютерной томографии для подтверждения диагноза
- экстренное оперативное лечение

**Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют выполнить**

- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- пневмоирригографию
- профилактическую гемотрансфузию

### **Оптимальный объем оперативного лечения в данном случае**

- лапароскопическая операция
- диагностическая лапаротомия
- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, аппендэктомия по показаниям
- лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, ревизия малого таза

**При диагностической лапароскопии выявлена петля тонкой кишки, внедренная в паховый канал. Внешне без признаков нарушения кровоснабжения, отечная. Вариантом оперативного лечения, которому соответствует данная картина, является**

- лапароскопическая дезинвагинация
- лапароскопическая аппендэктомия
- герниолапаротомия, резекция измененного участка кишки
- нижнесрединная лапаротомия, ревизия кишки

**Длительность антибактериальной терапии после лапароскопической дезинвагинации по поводу ущемленной паховой грыжи без непроходимости или гангрены рекомендовано проводить в течение + \_\_\_\_\_ + дней**

- 6-7
- 2-3
- 9-10
- 4-5

**При нежизнеспособности ущемленного органа производят**

- срединную лапаротомию
- герниолапаротомию
- нижнесрединную лапаротомию
- лапаротомию по Пфенненштилю

**Разрез при традиционной (открытой) герниорафии осуществляют**

- над и параллельно паховой связке
- надлобковым доступом
- на 2 см ниже пупка
- поперечно паховой связке, длина разреза по 2 см над и под паховой связкой

**Плановое оперативное лечение у детей с паховой грыжей показано при**

- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- безуспешном консервативном лечении
- явлениях острой кишечной непроходимости
- наличии флегмоны в области грыжевого выпячивания

### **Основу профилактики ущемления паховых грыж составляет**

- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- безуспешном консервативном лечении
- явлениях острой кишечной непроходимости
- наличии флегмоны в области грыжевого выпячивания

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 9 лет.

### **Жалобы**

на

- \* боли внизу живота преимущественно в левых отделах,
- \* температуру до 37,1°C,
- \* выпячивание в левой паховой области.

### **Анамнез заболевания**

Утром, после занятий спортом у ребенка появились боли внизу живота. Выпячивание в левой паховой области. Рвота 4 раза. Стул был за сутки до появления болей, обычный, оформленный. Отмечается подъем температуры до 37,1°C. Обратились в приемный покой спустя 5 часов от начала заболевания.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.
- \* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.
- \* Оценка по шкале Апгар – 8/9. В родильном зале приложен к груди.
- \* Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: в возрасте 4 лет перенесла ветряную оспу. ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* С возраста 4-х лет диагностирована двусторонняя паховая грыжа, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

### **Объективный статус**

Рост – 130 см. Вес – 25 кг 200 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное –

сидит, так как при ходьбе и в положении стоя боли усиливаются. Температура – 37,1°C, частота дыхательных движений – 24 в минуту, частота сердечных сокращений – 86 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабилен, артериальное давление – 106/64 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается болезненность в левой паховой области, пальпируется округлое опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Дизурических расстройств нет. Стула не было более суток. Наружные половые органы развиты правильно, по мужскому типу, признаков острого воспаления нет.

**Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- безуспешном консервативном лечении
- явлениях острой кишечной непроходимости
- наличии флегмоны в области грыжевого выпячивания

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- безуспешном консервативном лечении
- явлениях острой кишечной непроходимости
- наличии флегмоны в области грыжевого выпячивания

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- проведение консультации инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции
- наблюдение в стационаре, при нарастании лейкоцитоза выполнить диагностическую лапароскопию
- выполнение пневмоирригографии
- экстренное оперативное лечение

**Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют выполнить**

- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- профилактическую гемотрансфузию
- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- постановку сифонной клизмы

**Оптимальным методом лечения в данном случае является**

- диагностическая лапаротомия
- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
- пневмоирригография
- лапароскопическая операция

**При проведении диагностической лапароскопии выявлена петля тонкой кишки внедренная в паховый канал. Внешне без признаков нарушения кровообращения, отечная. Учитывая данную интраоперационную характеристику, рекомендовано выполнить**

- срединную лапаротомию, ревизию брюшной полости, ушивание внутреннего пахового кольца из данного доступа
- нижнесрединную лапаротомию, резекцию измененного участка тонкой кишки с формированием кишечного анастомоза
- лапароскопическую дезинвагинацию кишки из пахового канала, с последующей пластикой пахового канала
- лапаротомию по Пфанненштилю, ревизию малого таза

**Длительность антибактериальной терапии после лапароскопической герниопластики ущемленной паховой грыжи без непроходимости или гангрены составляет порядка + \_\_\_\_\_ + дней**

- 7-10
- 2-3
- 11-12
- 4-6

**При нежизнеспособности ущемленного органа производят**

- венесекцию
- герниолапаротомию
- дезинвагинацию
- лапаротомию

#### **При герниолапаротомии брюшную стенку рассекают**

- по средней линии на 2-3 см ниже пупка
- кверху на 5-7 см от пахового канала
- книзу на 2-3 см от пахового канала
- поперечно паховому каналу на протяжении 5-7 см

#### **Плановое оперативное лечение при паховой грыже показано при**

- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- безуспешном консервативном лечении
- наличии выраженных воспалительных изменений (флегмона) в области грыжевого выпячивания
- явлениях острой кишечной непроходимости

**Ребенку с ущемленной паховой грыжей в послеоперационном периоде рекомендовано освобождение от занятий физкультурой на +\_\_\_\_\_+ месяца(ев)**

- 4
- 2
- 6
- 8

**Основу профилактики ущемления паховых грыж составляет**

- 4
- 2
- 6
- 8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с девочкой 5 лет.

### **Жалобы**

на

\* боли внизу живота преимущественно в правых отделах,



- \* температуру до 37,1°C,
- \* выпячивание в правой паховой области.

### **Анамнез заболевания**

Утром, после занятий спортом у ребенка появились боли внизу живота. Выпячивание в правой паховой области. Стул был за сутки до появления болей, обычный, оформленный. Отмечается подъем температуры до 37,1°C. Обратились в приемный покой спустя 5 часов от начала заболевания.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.
- \* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.
- \* Оценка по шкале Апгар – 8/9. В родильном зале приложена к груди.
- \* Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: в возрасте 4 лет перенесла ветрянку оспу. ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* В 4 года при диспансерном осмотре диагностирована правосторонняя паховая грыжа, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

### **Объективный статус**

Рост – 102 см. Вес – 19 кг 200 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное – сидит, так как при ходьбе и в положении стоя боли усиливаются. Температура – 37,1°C, частота дыхательных движений – 28 в минуту, частота сердечных сокращений – 110 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабилен, артериальное давление – 100/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

\*Локальный статус:\* живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается болезненность в правой паховой области, пальпируется округлое опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость. Дизурических расстройств

нет. Стула утром. Оформленный, без патологических примесей. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу, признаков острого воспаления нет.

**Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

- 4
- 2
- 6
- 8

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- 4
- 2
- 6
- 8

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- проведение консультации инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции
- экстренное оперативное лечение
- наблюдение в стационаре в стационаре, при нарастании лейкоцитоза выполнить диагностическую лапароскопию
- выполнение пневмоирригографии

**Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют выполнить**

- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- профилактическую гемотранфузию
- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- пневмоирригографию

**Оптимальным методом лечения в данном случае является**

- срединная лапаротомия, аппендектомия
- диагностическая лапаротомия
- лапароскопическая операция
- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости

**Одним из характерных симптомов ущемленной паховой грыжи у детей в первые сутки заболевания является**

- кишечное кровотечение
- многократная рвота
- частый, жидкий стул
- подъем температуры тела до фебрильных цифр

**При эффективности консервативного лечения ущемленной паховой грыжи рекомендуется**

- наблюдать в течение 12 часов, при отсутствии рецидива ущемления отпустить домой, под наблюдение хирургом по месту жительства
- через 2 часа после вправления отпустить домой, с повторной явкой к хирургу на следующий день
- оставить ребенка в хирургическом стационаре, провести необходимые исследования и оперировать в отсроченном порядке
- оперировать в срочном порядке на следующий день

**При неэффективной попытке консервативной терапии ущемленной паховой грыжи рекомендовано выполнение + \_\_\_\_\_ + оперативного вмешательства**

- срочного
- неотложного
- отсроченного
- планового

**Ребенку с ущемленной паховой грыжей в послеоперационном периоде рекомендовано освобождение от занятий физической подготовкой в школе (детском саду) на + \_\_\_\_\_ + месяца(ев)**

- 2
- 8
- 6
- 4

**В качестве факторов, способствующих ущемлению грыжи у детей, рассматриваются: метеоризм, беспокойство, сильный кашель и**

- генетическая предрасположенность
- физическая нагрузка
- школьный возраст
- женский пол ребенка

## **Основу профилактики ущемления паховых грыж составляет**

- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение
- закаливание ребенка с раннего возраста, занятия физкультурой

**Дети школьного возраста после оперативного лечения ущемленной паховой грыжи и выписки домой освобождаются от физической нагрузки на + \_\_\_\_\_+ месяца(ев)**

- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение
- закаливание ребенка с раннего возраста, занятия физкультурой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с девочкой 3-х лет.

### **Жалобы**

на

- \* боли внизу живота преимущественно в левых отделах,
- \* температуру до 37,5°C,
- \* выпячивание в левой паховой области.

### **Анамнез заболевания**

Утром, после занятий спортом у ребенка появились боли внизу живота. Выпячивание в левой паховой области. Стул был за сутки до появления болей, обычный, оформленный. Отмечается подъем температуры до 37,5°C. Обратились в приемный покой спустя 5 часов от начала заболевания.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.
- \* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.
- \* Оценка по шкале Апгар – 9/9. В родильном зале приложена к груди.
- \* Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Травмы и операции отрицает. ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* С возраста 2-х лет диагностирована двусторонняя паховая грыжа, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке

## **Объективный статус**

Рост – 96 см. Вес –13 кг 200 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Капризна. Негативна к осмотру. Температура – 37,5°C, частота дыхательных движений – 32 в минуту, частота сердечных сокращений –118 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабилен, артериальное давление – 95/55 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

\*Локальный статус:\* живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации в левой паховой области отмечается болезненность, пальпируется округлое опухолевидное образование мягкоэластической консистенции, так же болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость.

Дизурических расстройств нет. Стула не было более суток. Наружные половые органы развиты правильно, по женскому типу, признаков острого воспаления нет.

## **Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение
- закаливание ребенка с раннего возраста, занятия физкультурой

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение
- закаливание ребенка с раннего возраста, занятия физкультурой

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- проведение консультации инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции
- выполнение пневмоирригографии
- наблюдение в динамике, при нарастании лейкоцитоза выполнить диагностическую лапароскопию
- экстренное оперативное лечение

### **Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют выполнить**

- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- профилактическую гемотрансфузию
- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- профилактическую гемотрансфузию

### **Оптимальным методом лечения в данном случае является**

- срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
- лапароскопическая операция
- диагностическая лапаротомия
- срединная лапаротомия, овариэктомия

**При проведении диагностической лапароскопии выявлен левый яичник, внедренный в паховый канал. Внешне без признаков нарушения кровообращения.**

### **Оптимальным вариантом оперативного лечения, в данном случае, является**

- лапароскопическая овариэктомия
- герниорафия по Мартынову
- лапаротомия по Волковичу-Дьяконову, овариэктомия
- ревизия пахового канала и последующая герниопластика из лапароскопического доступа

**Длительность антибактериальной терапии после лапароскопической герниопластики ущемленной паховой грыжи без непроходимости или гангрены составляет порядка + \_\_\_\_\_ + дней**

- 2-3
- 8-10
- 6-7
- 3-5

### **Разрез при традиционной (открытой) герниорафии осуществляют**

- поперечно паховой связке, длина разреза по 2 см над и под паховой связкой
- на 2 см ниже паховой связки
- над и параллельно паховой связке
- надлобковым доступом

### **Ребенку с ущемленной паховой грыжей в послеоперационном периоде рекомендовано освобождение от физической нагрузки на**

- 8 месяцев
- 2 месяца
- 4 месяца
- 6 месяцев

### **Плановое оперативное лечение при паховой грыже показано при**

- наличии выраженных воспалительных изменений (флегмона) в области грыжевого выпячивания
- безуспешном консервативном лечении
- отсутствии признаков ущемления на момент осмотра
- явлениях острой кишечной непроходимости

### **Основу профилактики ущемления паховых грыж составляет**

- закаливание ребенка с раннего возраста
- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение

### **Риск ущемления и странгуляции при паховой грыже существенно выше у детей + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- закаливание ребенка с раннего возраста
- электромиостимуляция мышц брюшного пресса
- лечебная физкультура и плавание
- своевременное выявление патологии и раннее хирургическое лечение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 6 месяцев.

## **Жалобы**

на

\* беспокойство ребёнка,

\* однократную рвоту.

## **Анамнез заболевания**

Три часа назад ребёнок стал выраженно беспокоен, отмечалась однократная рвота, после этого ребёнок успокоился. Спустя час отмечался повторный приступ беспокойства, который так же самостоятельно купировался. Травмы не было. Самоотёком обратились в приёмное отделение стационара.

## **Анамнез жизни**

\* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3600 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Привит в срок.

\* Развитие согласно полу и возрасту.

\* Перенесённые заболевания: ОРВИ.

\* Операции и травмы: не было.

\* Вскармливание смешанное, прикорм по возрасту.

## **Объективный статус**

Рост 65 см. Вес 7300 г.

Общее состояние средней степени тяжести, ребёнок вялый, при осмотре плачет. Температура 36.8°C. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 105/65 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 130 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

\* Локальный статус: \* живот обычной конфигурации, подкожно-жировой слой умеренный. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Стула не было. Наружные половые органы развиты правильно.

## **Рекомендуемый дополнительный метод клинического обследования ребёнка в данном случае**

- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов
- определение разницы артериального давления на верхних и нижних конечностях



- постановка назогастрального зонда

### **Рекомендуемые лабораторные методы обследования для уточнения диагноза**

- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов
- определение разницы артериального давления на верхних и нижних конечностях
- постановка назогастрального зонда

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Для уточнения диагноза рекомендованы следующие инструментальные методы исследования**

- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов
- определение разницы артериального давления на верхних и нижних конечностях
- постановка назогастрального зонда

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Предполагаемый диагноз**

- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов
- определение разницы артериального давления на верхних и нижних конечностях
- постановка назогастрального зонда

### **Диагноз**

**Ребёнок госпитализирован с подозрением на инвагинацию кишечника, тактика лечения состоит в проведении**

- комплексного дообследования (компьютерная томография)
- пневматической дезинвагинации
- медикаментозного лечения, назначения антикоагулянтов
- лапаротомии, мануальной дезинвагинации

**Попытки пневматической дезинвагинации оказались неэффективны, тактика лечения предусматривает**

- выведение концевой илеостомы, дренирование брюшной полости
- лапаротомию, мануальную дезинвагинацию
- лапароскопическую дезинвагинацию
- повторную пневматическую дезинвагинацию через 4-6 часов после проведения инфузионной терапии

**Рекомендуемая антибактериальная терапия в послеоперационном периоде включает цефалоспорины 3 поколения {plus} аминогликозиды 3 поколения и**

- фторхинолоны
- макролиды
- метронидазол
- карбапенемы

**В послеоперационном периоде рекомендовано выполнить следующее инструментальное исследование**

- магнито-резонансную томографию брюшной полости
- исследование пассажа бария по кишечнику
- ультразвуковое исследование брюшной полости
- компьютерную томографию брюшной полости

**Наиболее частый вид острой кишечной непроходимости у детей**

- синдром Ледда
- некротический язвенный колит
- аппендикулярный инфильтрат
- инвагинация кишечника

**Наиболее часто встречающаяся форма инвагинации**

- толсто-толстокишечная
- все формы встречаются примерно с одинаковой частотой
- тонко-тонкокишечная
- илеоцекальная

**Оптимальная комбинация антибиотиков для предоперационной подготовки**

- амоксициллин {plus} ванкомицин
- цефалоспорины 3 поколения {plus} метронидазол
- цефалоспорины 1 поколения {plus} азитромицин
- энтерофурил {plus} амоксиклав

**Рекомендуемый срок диспансерного наблюдения у детского хирурга детей с инвагинацией кишечника составляет +\_\_+ месяцев**

- амоксициллин {plus} ванкомицин
- цефалоспорины 3 поколения {plus} метронидазол
- цефалоспорины 1 поколения {plus} азитромицин
- энтерофурил {plus} амоксиклав

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара обратилась мама с девочкой 8 месяцев.

### Жалобы

на

- \* беспокойство,
- \* плач ребёнка.

### Анамнез заболевания

Два часа назад ребёнок заплакал, побледнел, через 10 минут успокоился. Спустя некоторое время отмечался повторный приступ беспокойства, мать дала ребёнку детский парацетамол в сиропе 5 мл. Известно, что накануне была погрешность в диете – плов с бараниной. Травмы не было. Самоотёком обратились в приёмное отделение стационара.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3700 г. Рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 9/9. Привит в срок.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Перенесённые заболевания: не болел.
- \* Операции и травмы: не было.
- \* Вскармливание смешанное, прикорм по возрасту.

### Объективный статус

Рост 68 см. Вес 7500 г

Общее состояние средней степени тяжести, ребёнок вяловат, при осмотре плачет. Температура 37.0°C. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 38 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 130 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

**\*Локальный статус:\*** живот обычной конфигурации, подкожно жировой слой умеренный. При пальпации живот мягкий, чувствительный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Наружные половые органы развиты правильно. Во время осмотра получен скудный стул тёмного цвета с примесью слизи.

### **Ребёнок осмотрен хирургом приёмного отделения, тактика ведения больного**

- данных за острую хирургическую патологию нет, консультация инфекциониста
- госпитализация в хирургическое отделение
- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства
- выполнение магниторезонансной томографии

### **Для дообследования ребенку необходимо провести следующие лабораторные методы исследования**

- данных за острую хирургическую патологию нет, консультация инфекциониста
- госпитализация в хирургическое отделение
- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства
- выполнение магниторезонансной томографии

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **В рамках дообследования необходимо провести**

- данных за острую хирургическую патологию нет, консультация инфекциониста
- госпитализация в хирургическое отделение
- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства
- выполнение магниторезонансной томографии

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- данных за острую хирургическую патологию нет, консультация инфекциониста
- госпитализация в хирургическое отделение

- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства
- выполнение магниторезонансной томографии

## **Диагноз**

**Во время проведения пневматической дезинвагинации на рентгеноскопе визуализирована тень головки инвагината в проекции начальных отделов восходящей кишки, тактика лечения**

- лапароцентез дренирование брюшной полости
- продолжить нагнетание воздуха в прямую кишку
- переход на лапароскопическую дезинвагинацию
- назначение консервативной терапии: стимуляция кишечника

**После успешной пневматической дезинвагинации необходимо провести**

- рентгенологический контроль пассажа контраста по кишечнику
- ирригографию
- сфинктерометрию
- компьютерную томографию брюшной полости

**Экстренное оперативное лечение детей с инвагинацией кишечника показано при**

- клинических и инструментальных признаках некроза ущемлённой кишки
- неэффективности симптоматической терапии (анальгин+димедрол в возрастной дозировке)
- выявлении на ультразвуковом исследовании брюшной полости «симптома мишени»
- возрасте пациента менее 4 месяцев

**Терапия в послеоперационном периоде (мануальное расправление инвагината) включает**

- физиотерапевтическое лечение
- массаж и лечебную физкультуру в раннем периоде
- парентеральный покой в течении двух-трех дней
- антибактериальное лечение

**После выписки из стационара ребенку необходимо диспансерное наблюдение детского хирурга в течение +\_\_+ месяцев**

- 9

- 12
- 18
- 6

**Для возникновения инвагинации кишечника наиболее характерный возраст до +\_\_+ месяцев**

- 12
- 24
- 9
- 18

**Причина болевого синдрома при возникновении кишечной инвагинации**

- перитонит вследствие разрыва стенки кишки
- нарушение пассажа пищи по кишечнику
- ущемление брыжейки кишки
- механическое повреждение слизистой оболочки кишки

**Наиболее часто встречающийся вид инвагинации**

- перитонит вследствие разрыва стенки кишки
- нарушение пассажа пищи по кишечнику
- ущемление брыжейки кишки
- механическое повреждение слизистой оболочки кишки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратились родители с мальчиком 4 месяцев.

### **Жалобы**

на

- \* беспокойство ребёнка,
- \* выраженную вялость.

### **Анамнез заболевания**

Вчера ребёнок без видимой причины стал выраженно беспокоен, мама поставила газоотводную трубку, ребёнок успокоился. В дальнейшем отмечалось несколько повторных приступов беспокойства, мама давала нурофен в сиропе 3 мл, ребёнок стал вялым. Сегодня в связи с нарастанием

вялости, рвотой однократно, самотёком обратились в приёмное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от третьей беременности, первых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3650 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/8.

\* Привит в срок.

\* Развитие согласно полу и возрасту.

\* Перенесённые заболевания: не болел.

\* Операции и травмы: не было.

\* Вскармливание смешанное, прикорм по возрасту.

### **Объективный статус**

Рост 60 см. Вес 6800 г.

Общее состояние тяжёлое, ребёнок вялый, при осмотре кратковременное оживление. Температура 38,0°C. Кожные покровы бледные, сухие, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 51 в минуту.

Гемодинамических нарушений нет. АД 105/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 142 в минуту.

\*Локальный статус:\* живот вздут, при пальпации напряжён, пальпация затруднена. Печень и селезенка не пальпируются. Моча светлая, прозрачная. Стула не было. Наружные половые органы развиты правильно.

### **В приёмное отделение вызван дежурный хирург. Дополнительный метод клинического обследования ребёнка**

- оценка характера стула, наличие примеси крови
- ректальная термометрия
- диагностический лапароцентез
- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов

### **Для дополнительной диагностики необходимо провести**

- оценка характера стула, наличие примеси крови
- ректальная термометрия
- диагностический лапароцентез
- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- оценка характера стула, наличие примеси крови
- ректальная термометрия
- диагностический лапароцентез
- очистительная клизма
- оценка менингеальных симптомов

### **Диагноз**

**Ребенок осмотрен детским хирургом, обследован: выполнен общий анализ крови (лейкоцитоз  $21,0 \times 10^9 / \text{л}$ ), ультразвуковое исследование брюшной полости (симптом мишени) обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ в брюшной полости, расширение петель кишки, уровни жидкости). Тактика ведения больного**

- выполнение компьютерной томографии брюшной полости
- экстраперитонизация инвагината
- лапароскопическая дезинвагинация кишечника
- медикаментозное лечение, назначение антикоагулянтов

### **Оптимальная комбинация антибиотиков для предоперационной подготовки**

- цефалоспорины 3 поколения + метронидазол
- энтерофурил
- защищённые пенициллины {plus} ванкомицин
- цефалоспорины 1 поколения

### **Попытки лапароскопической дезинвагинации не эффективны, тактика лечения**

- консервативное медикаментозное лечение
- конверсия на лапаротомию
- резекция инфильтрата
- экстраперитонизация инфильтрата

### **При мануальной дезинвагинации на слизистой кишки появляются надрывы кишечной стенки, тактика лечения**

- назначение антибактериальной терапии
- послабляющие надрезы на инвагинате, его расправление
- экстраперитонизация инвагината



- резекция инвагината, наложение кишечного анастомоза

#### **После операции рекомендуется использовать антибактериальную терапию**

- цефалоспорины и аминогликозиды 3 поколения {plus} метронидазол
- пенициллины {plus} ванкомицин {plus} аминогликозиды 3 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- фторхинолоны

#### **В послеоперационном периоде необходимо провести лабораторное обследование**

- коагулограмму
- биохимический анализ крови
- анализ кала на кальпротектин
- общий анализ крови

#### **После операции по поводу инвагинации кишечника срок диспансерного наблюдения составляет**

- 1 год
- 3 года
- 5 лет
- 8 месяцев

#### **Характерный симптом кишечной инвагинации**

- симптом рубашки
- симптом поколачивания
- симптом пустого правого подвздошья
- симптом «ваньки-встаньки»

#### **Показания к резекции кишки при инвагинации кишечника**

- симптом рубашки
- симптом поколачивания
- симптом пустого правого подвздошья
- симптом «ваньки-встаньки»

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратились родители с девочкой 5,5 месяцев.

### **Жалобы**

на

\* рвоту,

\* беспокойство ребёнка.

### **Анамнез заболевания**

20 часов назад после кормления ребёнок заплакал, однократно рвота съеденной пищей, после этого успокоился. В динамике рвота трёхкратно, сопровождалась выраженным беспокойством ребёнка. Самотёком обратились в приёмное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от второй беременности, вторых родов путём Кесарева сечения.

Беременность без осложнений. Вес при рождении 3400 г. Рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8. Привита в срок.

\* Развитие согласно полу и возрасту.

\* Перенесённые заболевания: ОРВИ.

\* Операции и травмы: не было.

\* Вскармливание искусственное, прикорм по возрасту.

### **Объективный статус**

Рост 66 см. Вес 6900 г.

Общее состояние средней тяжести, ребёнок вяловат, при осмотре негативная реакция. Температура 37,5°C. Кожные покровы бледные, суховаты, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 48 в минуту.

Гемодинамических нарушений нет. АД 110/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 133 в минуту.

\* Локальный статус: \* живот не вздут, при пальпации напряжён в верхних отделах справа, пальпация болезненна. Печень и селезенка не пальпируются. Моча светлая, прозрачная. Стула не было. Наружные половые органы развиты правильно.

### **Для уточнения диагноза рекомендуются лабораторные методы диагностики**

- симптом рубашки
- симптом поколачивания
- симптом пустого правого подвздошья

- СИМПТОМ «ВАНЬКИ-ВСТАНЬКИ»

### **Результаты лабораторного метода обследования**

### **Рекомендованные инструментальные методы дообследования**

- симптом рубашки
- симптом поколачивания
- симптом пустого правого подвздошья
- симптом «ваньки-встаньки»

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- симптом рубашки
- симптом поколачивания
- симптом пустого правого подвздошья
- симптом «ваньки-встаньки»

### **Диагноз**

**Во время проведения пневматической дезинвагинации ребёнок выраженно беспокоен, не удаётся ввести ректоскоп, тактика ведения**

- проведение гидростатической дезинвагинации
- переход на диагностическую лапароскопию
- провести процедуру под ингаляционным наркозом
- фиксация ребёнка ремнями к операционному столу

**При проведении пневматической дезинвагинации под ингаляционным наркозом не удаётся расправить инвагинат, тактика лечения**

- проведение инфузионной терапии, повторная попытка пневматической дезинвагинации через 3 часа
- лапароскопическая дезинвагинация
- лапаротомия, мануальная дезинвагинация
- переход на гидростатическую дезинвагинацию

**Ребёнку выполняются попытки лапароскопической дезинвагинации, внедрённую часть кишки не удаётся дезинвагинировать. Тактика лечения**

- конверсия, попытки мануальной дезинвагинации
- гидростатическая дезинвагинация

- наложение одноствольной илеостомы
- лапароскопическая резекция инвагината, кишечный анастомоз

### **Попытки мануальной дезинвагинации неэффективны, тактика лечения**

- резекция инвагината, наложение кишечного анастомоза
- наложение сигмостомы
- наложение илеостомы
- послабляющие надрезы на инвагинате, его расправление

### **Показания к резекции кишки при инвагинации кишечника**

- признаки нежизнеспособности кишки после дезинвагинации
- невозможность выполнить лапароскопическую дезинвагинацию
- протяжённость инвагинации более 5 см
- определение при ультразвуковом исследовании брюшной полости «симптома мишени»

### **Рекомендуемая комбинация антибиотиков в послеоперационном периоде**

- защищённые пенициллины
- цефалоспорины и аминогликозиды 3 поколения {plus} метронидазол
- карбапенемы {plus} пенициллины
- ванкомицин {plus} цефалоспорины 3 поколения

### **После оперативного лечения показано провести инструментальные методы обследования**

- ультразвуковое исследование брюшной полости
- диагностическая лапароскопия
- компьютерная томография брюшной полости
- колоноскопия

### **Типичная пальпаторная локализация инвагината при илеоцекальной инвагинации**

- правая подвздошная область
- правое подреберье
- дугласово пространство
- левая подвздошная область

### **Рекомендуемый срок антибиотикопрофилактики до оперативного лечения инвагинации кишечника составляет +\_\_+ минут**

- правая подвздошная область

- правое подреберье
- дугласово пространство
- левая подвздошная область

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара обратились родители с девочкой 9,5 месяцев.

### Жалобы

на

- \* беспокойство,
- \* плач ребёнка.

### Анамнез заболевания

Со слов мамы, три часа назад после кормления ребёнок заплакал, была однократная рвота, после этого успокоился. После повторного приступа беспокойства папа дал ребёнку ибупрофен в сиропе 3 мл. Самотёком обратились в приёмное отделение стационара.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность на фоне гестоза в первом триместре. Вес при рождении 3890 г. Рост 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Привита в срок.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- \* Операции и травмы: не было.
- \* Вскармливание смешанное, прикорм по возрасту.

### Объективный статус

Рост 65 см. Вес 8300 г.

Общее состояние средней степени тяжести, ребёнок при осмотре беспокоится. Температура 36,6°C. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 35 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 104/63 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 125 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

\* Локальный статус: \* живот обычной конфигурации, подкожно жировой слой

умеренный. При пальпации определяется плотно-эластический тяж в области правого подреберья. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Наружные половые органы развиты правильно. Стула во время осмотра нет.

#### **Для дообследования рекомендовано использовать инструментальные методы**

- правая подвздошная область
- правое подреберье
- дугласово пространство
- левая подвздошная область

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Для уточнения диагноза рекомендуется дополнительный метод клинического обследования**

- определение менингеальных симптомов
- оценка характера стула, наличие примеси крови
- исследование отделяемого по назогастральному зонду
- очистительная клизма
- определение внутричерепного давления

#### **Тактика ведения больного после осмотра хирургом приёмного отделения**

- проведение компьютерной томографии
- госпитализация в реанимационное отделение
- госпитализация в хирургическое отделение
- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства

#### **Предполагаемый диагноз**

- проведение компьютерной томографии
- госпитализация в реанимационное отделение
- госпитализация в хирургическое отделение
- рекомендации по коррекции диеты, назначение пробиотиков, наблюдение педиатра по месту жительства

#### **Диагноз**

#### **Тактика лечения после госпитализации больного в хирургическое отделение**

- динамическое наблюдение, контроль ультразвукового исследования через 3 часа
- пневматическая дезинвагинация
- инфузионная терапия
- лапаротомия, ревизия органов брюшной полости

**Во время проведения пневматической дезинвагинации отмечено толчкообразное расправление толстого кишечника, визуализация до илеоцекального узла, тактика хирурга**

- пальпаторный контроль наличия инвагината в брюшной полости
- выписка ребёнка на амбулаторное наблюдение хирурга
- контрольная диагностическая лапароскопия
- лапароцентез, страховочный дренаж в брюшную полость

**После успешной пневматической дезинвагинации начать энтеральную нагрузку рекомендовано через + \_\_\_\_ +**

- 12-14 часов
- 1-2 часа
- 6-8 часов
- 24-48 часов

**После успешной пневматической дезинвагинации**

- показана магнито-резонансная томография брюшной полости
- показана ангиография сосудов брюшной полости
- показана фиброколоноскопия
- показан рентгенологический контроль пассажа контраста по кишечнику

**Диспансерное наблюдение детского хирурга после выписки составляет**

- 8 месяцев
- 3 месяца
- 5 месяцев
- 12 месяцев

**Рекомендуемый срок антибиотикопрофилактики до оперативного лечения инвагинации кишечника составляет + \_\_\_\_ + минут**

- 15
- 120
- 90
- 30

**Типичный возраст для возникновения инвагинации кишечника у детей составляет**

- 12-14 месяцев
- 4-9 месяцев
- 18-20 месяцев
- 1-2 месяца

**Показания к экстренному оперативному лечению детей с инвагинацией кишечника**

- 12-14 месяцев
- 4-9 месяцев
- 18-20 месяцев
- 1-2 месяца

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 3,5 месяцев.

### **Жалобы**

на

- \* беспокойство,
- \* плач ребёнка,
- \* двукратную рвоту съеденной пищей.

### **Анамнез заболевания**

8 часов назад ребёнок мама впервые дала ребенку овощное пюре, через некоторое время ребёнок забеспокоился, заплакал, через 15 минут успокоился. Через 2 часа снова заплакал. В связи с приступом рвоты вызвали СМП, доставлены в приёмное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от второй беременности, первых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3450 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Привит в срок.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Перенесённые заболевания: ОРВИ.
- \* Операции и травмы: не было.
- \* Вскармливание смешанное, прикорм введён сегодня.



### **Объективный статус**

Рост 55 см. Вес 5000 г.

Общее состояние средней степени тяжести, при осмотре ребёнок выражено беспокоится. Температура 37,7°C. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 40 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 105/65 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 130 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

\*Локальный статус:\* живот подвздут, при пальпации болезненный в правых отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Стул час назад скудный, со слов тёмного цвета со слизью. Наружные половые органы развиты правильно.

### **Тактика ведения больного детским хирургом после осмотра ребёнка в приёмном отделении**

- динамическое наблюдение хирурга в поликлинике
- дообследование: компьютерная томография
- госпитализация в хирургическое отделение
- госпитализация в инфекционное отделение

### **С целью верификации диагноза рекомендуются лабораторные методы обследования**

- динамическое наблюдение хирурга в поликлинике
- дообследование: компьютерная томография
- госпитализация в хирургическое отделение
- госпитализация в инфекционное отделение

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Для уточнения диагноза рекомендовано использовать инструментальные методы обследования**

- динамическое наблюдение хирурга в поликлинике
- дообследование: компьютерная томография
- госпитализация в хирургическое отделение
- госпитализация в инфекционное отделение

## **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- динамическое наблюдение хирурга в поликлинике
- дообследование: компьютерная томография
- госпитализация в хирургическое отделение
- госпитализация в инфекционное отделение

### **Диагноз**

**Во время двукратной попытки пневматической дезинвагинации определяется воздух в проекции средней трети восходящей ободочной кишки, далее нагнетаемый воздух не проходит. Тактика лечения**

- лапароскопическая дезинвагинация
- лапаротомия, мануальная дезинвагинация
- переход на гидростатическую дезинвагинацию
- попытки пневматической дезинвагинации через 3 часа после проведения инфузионной терапии

**Антибиотикопрофилактику необходимо выполнить за +\_\_\_+ минут до операции**

- 5
- 30
- 60
- 120

**Во время проведения лапароскопии выполнена дезинвагинация, далее необходимо**

- взять полнослойную биопсию кишки в месте инвагинации
- наложить двухствольную илеостому проксимальнее места инвагинации
- поставить в брюшную полость не менее двух дренажей
- провести повторную ревизию брюшной полости

**Рекомендованные инструментальные методы обследования в послеоперационном периоде**

- компьютерная томография брюшной полости
- колоноскопия
- ультразвуковое исследование брюшной полости
- исследование пассажа бария по кишечнику

## Типичная пальпаторная локализация инвагината при илеоцекальной инвагинации

- левая подвздошная область
- правое подреберье
- правая подвздошная область
- дуэласово пространство

## Наиболее часто встречающаяся форма инвагинации

- тонко-тонкокишечная
- толсто-толстокишечная
- все формы встречаются примерно с одинаковой частотой
- илеоцекальная

## Показания к резекции кишки при инвагинации кишечника

- невозможность выполнить лапароскопическую дезинвагинацию
- признаки нежизнеспособности кишки после дезинвагинации
- срок от начала заболевания более 6 часов
- определение при ультразвуковом исследовании брюшной полости «симптома мишени»

## Показания к экстренному оперативному лечению детей с инвагинацией кишечника

- невозможность выполнить лапароскопическую дезинвагинацию
- признаки нежизнеспособности кишки после дезинвагинации
- срок от начала заболевания более 6 часов
- определение при ультразвуковом исследовании брюшной полости «симптома мишени»

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 9 лет.

### Жалобы

на

- \* подъем температуры до  $38,0^{\circ}\text{C}$  на протяжении трех дней,
- \* периодическое беспокойство ребенка,
- \* боли в животе.

Утром дважды отмечается рвота. Однократно стул. Ребенок стал отказываться от еды.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок с детским церебральным параличом, в течении последних трех дней отмечают подъем температуры до 38,0<sup>0</sup> С. Ребенок периодически беспокоится. Купировали температуру самостоятельно ибупрофеном по 200 мг, эффекта хватало 5-6 часов, далее повышалась температура вновь, беспокойство ребенка возобновлялось. В последние дни указывает на боли в животе. Утром дважды отмечается рвота. Однократно стул. Ребенок стал отказываться от еды. Пьет неохотно.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В течении пяти дней после рождения находился в отделении реанимации, по причине асфиксии на фоне обвития пуповиной. После года установлен диагноз детский церебральный паралич. Привит в срок.
- \* Задержка психического и физического развития.
- \* Травмы и операции отрицает.
- \* Инфекционные заболевания: ветряная оспа в 6 лет.
- \* ОРВИ 1-2 раза в год.
- \* Состоит на учете у невролога, ортопеда (в связи со сколиозом, приводящими контрактурами бедер).
- \* Аллергологический анамнез: ранее реакций не отмечено.

### **Объективный статус**

Рост 105 см. Вес 21 кг 800 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, контакт осложнен за счет отставания в психическом развитии. Мать узнает. Несколько тревожно реагирует на осмотр. Температура 38<sup>0</sup>С. ЧД-26 в минуту, ЧСС -102 в минуту. Положение вынужденное, сидит. Стоит с опорой, в настоящее время ребенок слаб, садится с поддержкой не встает. Кожные покровы бледно – розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Сколиотическая деформация позвоночника. Приводящая контрактура обеих бедер. Отведение ограничено. Башенная деформация скелета черепа. Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. Гемодинамически стабилен АД

100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот обычной конфигурации, подкожно жировой слой умеренный. В акте дыхания участвует. Симметричный. При пальпации отмечается болезненность в гипогастрии и правых отделах. Симптом Филатова положительный. Щеткина-Блюмберга положительный в правых отделах. В связи с преобладанием спастического компонента у ребенка, достоверно оценить мышечное напряжение не представляется возможным. Печень и селезенка не увеличены. Симптом 12 ребра (поколачивания) - отрицательный. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, признаков острого воспаления нет.

При ректальном осмотре определяется болезненность передней стенки прямой кишки.

### **С целью дообследования необходимо выполнить**

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- определение прокальцитонина крови
- анализ мочи по Нечипоренко
- анализ системы гемостаза

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- обзорный снимок брюшной полости
- обзорный снимок грудной клетки
- УЗИ брюшной полости и правой подвздошной области
- фиброколоноскопия

**В общем анализе крови определяется лейкоциты  $18,9 \times 10^9$ /л (4,5- $11,5 \times 10^9$ /л), нейтрофилы 72% (43-65%), СОЭ 28 мм/час (2-20 мм/час). По данным ультразвуковой диагностики в области илеоцекального угла лоцируется инфильтрат с анэхогенной содержимым. В центре его - виден аппендикс. Диаметр отростка до 7 мм. Свободная жидкость в правой подвздошной ямке и малом тазу. Предполагаемый диагноз**

- обзорный снимок брюшной полости
- обзорный снимок грудной клетки
- УЗИ брюшной полости и правой подвздошной области
- фиброколоноскопия

## **Диагноз**

**Учитывая выставленный диагноз, ребенку следует провести**

- консервативное лечение в стационаре
- оперативное лечение после проведения предоперационной подготовки
- консультацию врача инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции
- диагностическую лапароскопию

**На фоне проводимой терапии отмечается нарастание признаков интоксикации с сохранением гипертермии, ребенку следует выполнить**

- лапароцентез
- диагностическую лапароскопию
- компьютерную томографию
- пункцию абсцесса под УЗИ контролем

**Основная цель оперативного вмешательства при абсцедирующих инфильтратах заключается в**

- дренировании абсцесса
- создании аппендикостомы
- радикальной аппендэктомии
- разделении инфильтрата

**С целью предоперационной подготовки, а также учитывая отрицательную динамику у пациента на фоне монотерапии цефалоспоридами III поколения, рекомендована коррекция терапии с добавлением метронидазола и**

- фторхинолонов
- линкозамидов
- аминогликозидов
- тетрациклинов

**После дренирования аппендикулярного абсцесса, без возможности выполнить аппендэктомию, следует выполнить ее планово, через + \_\_\_ +**

- 6-7 месяцев
- 1-2 месяца
- 3-4 месяца
- 10-12 месяцев

**В послеоперационном периоде с целью антибактериальной терапии следует использовать противомикробные препараты широкого спектра действия, включая**

- норфлоксацин
- метронидазол
- химотрипсин
- антистафилококковую плазму

**Окончательный диагноз выставляется на основании данных**

- интраоперационной оценки червеобразного отростка
- морфологического исследования червеобразного отростка
- ультразвукового исследования правой подвздошной области
- клинического течения заболевания и осмотра

**После разрешения аппендикулярного инфильтрата (консервативная терапия) показан осмотр хирургом через +\_\_+**

- 3 месяца
- 9 месяцев
- 12 месяцев
- 6 месяцев

**После разрешения аппендикулярного инфильтрата с целью онкологической настороженности всем пациентам рекомендовано выполнить**

- 3 месяца
- 9 месяцев
- 12 месяцев
- 6 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Вы врач приемного отделения, многопрофильного стационара. К Вам обратилась мама с ребенком 8 лет, мальчик.

### **Жалобы**

на

- \* боли в животе, преимущественно в области пупка,
- \* тошноту,
- \* однократную рвоту.

### **Анамнез заболевания**

Утром у ребенка появились боли в животе, тошнота. После завтрака однократно рвота, съеденной пищей. Мама самостоятельно поставила свечку с папаверином, после чего боли незначительно стихли. Ребенок уснул. После пробуждения ребенок стал вновь жаловаться на боли. Обратились в приемное отделение городской больницы.

### **Анамнез жизни**

- \* Развитие по возрасту.
- \* Операции, травмы отрицает.
- \* Хронических заболеваний нет.
- \* Аллергии ранее не было.

### **Объективный статус**

Рост 122 см. Вес 25 кг.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура 37.4°C. Положение активное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледно – розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 95/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен до 95 в минуту. Нормальных характеристик.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот правильной конфигурации, в акте дыхания участвует, симметричный. При пальпации отмечается умеренная локальная болезненность в правых отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга на момент осмотра отрицательный. Симптом Филатова положительный в правой подвздошной области. Пассивное мышечное напряжение в подвздошной области сомнительное. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, признаков острого воспаления нет. Стул вечером накануне, оформленный, газы отходят.

**К лабораторным методам диагностики, рекомендуемым в данном случае, относятся**

- анализ мочи по Зимницкому
- анализ системы гемостаза
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- общий анализ крови



- определение прокальцитонина крови

**К рекомендованным инструментальным методам обследования в данном случае относятся**

- анализ мочи по Зимницкому
- анализ системы гемостаза
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- общий анализ крови
- определение прокальцитонина крови

### **Дополнительная информация**

В общем анализе крови определены следующие изменения: лейкоциты  $16,5 \times 10^9/\text{л}$  ( $4,5-11,5 \times 10^9/\text{л}$ ), нейтрофилы 70% (43-65%), СОЭ 20 мм/час (2-20 мм/час). По данным ультразвуковой диагностики в правой подвздошной области определяется неперистальтирующая тубулярная структура с утолщенными гипоэхогенными стенками, просвет которой заполнен неоднородным жидкостным содержимым в диаметре до 8,5 мм.

**Предполагаемым диагнозом, который можно поставить данному пациенту, является**

- анализ мочи по Зимницкому
- анализ системы гемостаза
- биохимический анализ крови
- общий анализ мочи
- общий анализ крови
- определение прокальцитонина крови

### **Диагноз**

**Рекомендованным методом лечения при остром аппендиците является**

- антибактериальная терапия при сроке заболевания менее 6 часов
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по экстренным показаниям
- электрофорез с нестероидными противовоспалительными средствами

**При остром аппендиците диагностическая лапароскопия на этапе диагностики показана**

- при наличии свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ брюшной полости
- при давности заболевания более суток

- при невозможности исключить аппендицит с помощью других методов
- у детей младше четырех лет

**Показанием к аппендэктомии при диагностической лапароскопии является наличие**

- инъецированности сосудов аппендикса
- признаков аппендицита
- серозного выпота между петлями кишки
- гнойного выпота в малом тазу

**При диагностической лапароскопии выявлен плотный инфильтрат в правой подвздошной области, аппендикс не дифференцируется, пациенту показано**

- консервативное лечение
- формирование терминальной илеостомы
- разделение инфильтрата, аппендэктомии
- выполнение резекции илеоцекального угла

**Общий анализ крови и общий анализ мочи у ребенка с подозрением на острый аппендицит должен быть выполнен в течение + \_\_\_\_\_ + минут от момента его обращения**

- 60
- 30
- 90
- 15

**Рекомендации по питанию после аппендэктомии на амбулаторном этапе следует соблюдать на протяжении + \_\_\_\_\_ + недель**

- 6
- 12
- 8
- 4

**Срок диспансерного наблюдения у детского хирурга после аппендэктомии составляет + \_\_\_\_\_ + месяц(а/ев)**

- 3
- 6
- 9
- 1

**Ребенку после консервативного лечения аппендикулярного инфильтрата контрольный осмотр рекомендован через + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 9
- 12
- 6
- 8

**Типичным изменением в общем анализе крови при остром аппендиците является**

- 9
- 12
- 6
- 8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Прием детского хирурга в поликлинике, обратилась мама с ребенком 8 месяцев.

### **Жалобы**

на

- \* объемное образование в паховой области справа,
- \* беспокойство ребенка.

### **Анамнез заболевания**

Ранее у ребенка отмечались такие же эпизоды, но самостоятельно проходили. Со слов мамы 3-4 эпизода в месяц. Накануне днем у ребенка появилось образование в паховой области, после дневного сна исчезло. Ночью ребенок беспокоился, так как режутся зубы, утром во время смены памперсов мама отмечает, что вновь появилось припухлость в паховой области, ребенок стал более беспокойным, образование не проходило, обратилась к хирургу в поликлинику.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Привит в срок.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Травмы и операции отрицает.

- \* Инфекционные заболевания: отрицает.
- \* На учете у узких специалистов не состоит.
- \* Аллергологический анамнез: аллергических реакций не отмечалось.

### **Объективный статус**

Рост 72 см. Вес 9200 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура 37,2°C. ЧД-32 в минуту, ЧСС -115 в минуту. Беспокоен. Кожные покровы бледно – розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. Гемодинамически стабилен АД 80/50 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен 115 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: Живот умеренно вздут. В акте дыхания участвует симметричный. При пальпации паховой области беспокойство ребенка усиливается. Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул ночью однократно. Газы отходят, скудно.

### **Для постановки диагноза необходимо выполнить**

- 9
- 12
- 6
- 8

### **Дополнительная информация**

При оценке локального статуса определяется следующее: в паховой области справа пальпируется округлое плотноэластичное образование в диаметре до 3 см, в брюшную полость не вправляется, в мошонку не спускается. Яички в мошонке, обычных размеров и формы.

### **Предполагаемый основной диагноз**

- 9
- 12
- 6
- 8

### **Диагноз**

**Дальнейшая тактика врача состоит в**

- направлении пациента на госпитализацию в плановом порядке
- экстренной госпитализации ребенка
- динамическом наблюдении
- мануальном вправлении грыжи в приёмном отделении

**Учитывая, что давность заболевания не превышает 2-х часов, ребенку**

- показана консервативная терапия
- необходимо экстренное оперативное лечение
- показано динамическое наблюдение в течении 3-4 часов
- необходима лечебно-диагностическая пневмоирригография

**В план консервативной терапии при ущемленной грыже входит**

- теплая ванна, правильная укладка
- постановка сифонной клизмы, постановка назогастрального зонда
- мануальное вправление паховой грыжи
- магнитотерапия на паховую область

**Консервативная терапия ранней ущемленной паховой грыжи у мальчиков, может продолжаться не более + \_\_\_ + часов**

- 3-4
- 5-6
- 1,5-2
- 8-12

**В плане консервативной терапии рекомендуется парентеральное введение раствора**

- кетамина
- 0,1% атропина
- парацетамола
- 0,1% адреналина

**На фоне проведённых мероприятий грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось, срок ущемления составил менее 3 ч, дальнейшая тактика состоит в**

- выписке ребенка домой для диспансерного наблюдения, с последующей плановой госпитализацией
- срочном оперативном лечении после проведения предоперационной подготовки в отделении реанимации

- динамическом наблюдении в течении 3-6 часов, при отсутствии рецидива выписать домой
- наблюдении ребёнка в стационаре и проведении операции в плановом порядке

**При оперативном лечении паховой грыжи (традиционным способом) осуществляется + \_\_\_\_\_ + доступ**

- поперечный паховый
- косой паховый
- поперечный мошоночный
- поперечный мошоночный

**Наиболее характерным осложнением пахового грыжесечения является**

- рецидив
- варикоцеле
- гидроцеле
- орхоэпидидимит

**Повреждение элементов семенного канатика в процессе грыжесечения может привести к**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорее
- кровотечению

**Учитывая возможный риск травмы семенного канатика при грыжесечении, предпочтительней и безопасней использовать + \_\_\_\_\_ + доступ**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорее
- кровотечению

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Приемное отделение хирургического стационара детской городской больницы, к детскому хирургу самостоятельно обратилась мама с ребенком 6 месяцев, мальчик.

## **Жалобы**

на

- \* объемное образование в паховой области справа,
- \* беспокойство ребенка.

## **Анамнез заболевания**

Наблюдались у хирурга в поликлинике по поводу двухсторонней паховой грыжи, готовились к плановому оперативному лечению через неделю.

Накануне днем у ребенка появилось образование в паховой области справа, после дневного сна исчезло. Ночью ребенок беспокоился, так как режутся зубы, утром во время смены памперсов мама отмечает, что вновь появилось припухлость в паховой области, ребенок стал более беспокойным, образование не проходило, обратилась к хирургу в поликлинику.

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Закричал сразу, в родильном зале приложен к груди. Привит в срок.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Травмы и операции отрицает.
- \* Инфекционные заболевания: отрицает.
- \* На учете у узких специалистов не состоит.
- \* Аллергологический анамнез: аллергических реакций не отмечалось.

## **Объективный статус**

Рост 65 см. Вес 7200 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Ребенок беспокойный приводит ноги к животу, на осмотр беспокойство и плач усиливается. Температура 37.0°C. ЧД-36 в минуту, ЧСС -115 в минуту. Кожные покровы бледно – розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. Гемодинамически стабилен АД 80/50 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот умеренно вздут. В акте дыхания участвует.

Симметричный. Печень и селезенка не увеличены. Стул ночью однократно.

Газы отходят, скудно. Наружные половые органы развиты правильно. Правые отделы мошонки несколько отечны, увеличены в размерах. В паховой области

справа отмечается плотно-эластичное округлое образование 4 см на 3 см, в мошонку не спускается, при пальпации которого беспокойство усиливается. Данное образование при пальпации, брюшную полость не вправляется. Яички в мошонке, пальпаторно без особенностей.

Слева определяется расширенное наружное паховое кольцо, до 1 см, его просвет на момент осмотра свободный.

#### **Для постановки диагноза необходимо выполнить**

- экспресс тест мочи
- ректальное пальцевое исследование
- осмотр
- пульсоксиметрию

#### **Предполагаемый диагноз**

- экспресс тест мочи
- ректальное пальцевое исследование
- осмотр
- пульсоксиметрию

#### **Диагноз**

#### **Дальнейшая тактика состоит в**

- динамическом наблюдении
- направлении пациента на госпитализацию в плановом порядке
- экстренной госпитализации ребенка
- мануальное активное вправление грыжи в приемном отделении

#### **Давность заболевания (ущемления) не превышает 2-х часов, ребенку**

- показана лечебно-диагностическая пневмоирригография
- показана консервативная терапия
- показано экстренное оперативное лечение
- показано динамическое наблюдение в течении 3-4 часов

#### **Комплекс консервативных мероприятий при паховой грыже включает**

- теплую ванну, правильную укладку
- мануальное вправление паховой грыжи
- магнитотерапию на паховую область
- постановку сифонной клизмы, постановку назогастрального зонда



**Консервативная терапия, ущемленной паховой грыжи у мальчиков, может продолжаться не более + \_\_\_\_\_ + часов**

- 3-4
- 5-6
- 8-12
- 1,5-2

**В план консервативных мероприятий включена медикаментозная терапия в виде инъекции раствора**

- 0,1% адреналина
- кетамина
- парацетамола
- 0,1% атропина

**На фоне проведенных консервативных мероприятий грыжа самостоятельно вправилась, срок ущемления составил менее 3 ч дальнейшая тактика состоит в**

- срочном оперативном лечении после проведения предоперационной подготовки в отделении реанимации
- динамическом наблюдении в течении 3-6 часов, при отсутствии рецидива выписать домой
- наблюдении ребёнка в стационаре в течении 12 часов и проведении операции в плановом порядке
- выписке ребенка домой для диспансерного наблюдения, с последующей плановой госпитализацией

**При традиционном оперативном лечении паховой грыжи используется + \_\_\_\_\_ + доступ**

- косой паховый
- поперечный мошоночный
- поперечный мошоночный
- поперечный паховый

**Наиболее характерным осложнением хирургического лечения паховой грыжи является**

- варикоцеле
- орхоэпидидимит
- рецидив
- крипторхизм

**Повреждение элементов семенного канатика в процессе грыжесечения может привести к**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорее
- кровотечению

**Учитывая возможный риск травмы семенного канатика при грыжесечении, предпочтительней и безопасней использовать + \_\_\_\_\_ + доступ**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорее
- кровотечению

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 9 лет.

### **Жалобы**

на

\* боли в животе преимущественно в правых отделах, усиливающиеся при ходьбе, температуру до  $37,4^{\circ}\text{C}$ ,

\* тошноту.

### **Анамнез заболевания**

Накануне вечером у ребенка появились боли в животе, после приема дротаверина боли купировались. Ночью боли возобновились, однократно рвота. Стул был за сутки до появления болей, обычный, оформленный. Наутро отмечается подъем температуры до  $37,5^{\circ}\text{C}$ .

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.

\* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.

\* Оценка по шкале Апгар – 9/9. В родильном зале приложен к груди.

\* Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Учится в третьем классе. Успеваемость, память – удовлетворительные.

\* Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: в возрасте 6 лет перенес ветряную оспу. ОРВИ – 2-3 раза в год.

\* На учете у узких специалистов не состоит.

\* Аллергологический анамнез: аллергический ринит на цветение тополя, березы.

### **Объективный статус**

Рост – 125 см. Вес – 28 кг 800 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное – сидит, так как при ходьбе. В положении стоя боли усиливаются. Температура – 37,4<sup>0</sup>С, частота дыхательных движений – 26 в минуту, частота сердечных сокращений – 100 в минуту.

Телосложение астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипертрофия небных миндалин I ст. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабилен, артериальное давление – 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 100 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

\* Локальный статус: \* язык влажный, обложен налётом белого цвета у корня.

Живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания.

Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается умеренная болезненность в гипогастрии и правых отделах живота. Симптом Филатова положительный, симптом Щеткина – Блюмберга положительный в правых отделах, в правой подвздошной области также определяется пассивное мышечное напряжение. Печень и селезенка не увеличены. Симптом 12 ребра (поколачивания) – отрицательный. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, обычных размеров, пальпация яичек безболезненная.

### **К лабораторным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорею
- кровотечению

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорею
- кровотечению

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- сперматоцеле
- бесплодию
- лимфорею
- кровотечению

**Диагноз**

**Дальнейшая тактика лечения пациента состоит в проведении**

- компьютерной томографии для подтверждения диагноза
- консервативного лечения в стационаре, при нарастании лейкоцитоза
- выполнения диагностической лапароскопии
- оперативного лечения после предоперационной подготовки
- консультации инфекциониста с целью исключения острой кишечной инфекции

**Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют провести**

- определение группы крови и Rh-фактора, кардиолипидная проба (кровь на RW)
- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- инфузионную терапию с целью коррекции электролитных нарушений
- консультацию кардиолога

**Оптимальный объем оперативного лечения содержит**

- срединную лапаротомию, ревизию брюшной полости
- диагностическую лапароскопию, аппендэктомию
- диагностическую лапароскопию, холецистэктомию
- срединную лапаротомию, аппендэктомию

**При проведении диагностической лапароскопии червеобразный отросток отечен, серозная оболочка с инъецированными сосудами, отросток находится**

**кнаружи от слепой кишки, направлен несколько кверху.**

**Вариантом расположения червеобразного отростка, которому соответствует данная картина, является**

- медиальный
- латеральный
- задневосходящий
- передневосходящий

**После проведенной лапароскопической аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита оптимальная антибактериальная терапия включает + \_\_\_\_\_ + в возрастной дозировке**

- фторхинолоны
- цефалоспорины
- аминогликозиды
- карбопены

**В послеоперационном периоде рекомендовано выполнить общий анализ крови и мочи на + \_\_ + сутки после операции**

- 7
- 1
- 5
- 2

**Данные, на основании которых выставляется окончательный диагноз, включают**

- интраоперационную оценку червеобразного отростка
- ультразвуковое исследование правой подвздошной области
- морфологическое исследование червеобразного отростка
- клиническое течение заболевания и осмотра

**Программа реабилитации пациента после проведенного оперативного лечения по поводу острого аппендицита включает: в течение месяца стол №**

- 3
- 6
- 5
- 15

**Диспансерное наблюдение после оперативного лечения по поводу острого неструктивного аппендицита проводится в течение + \_\_ + месяцев**

- 3
- 6
- 5
- 15

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара обратилась мама с девочкой 14 лет.

### Жалобы

на

- \* боли в животе преимущественно в правых и нижних отделах, усиливающиеся при ходьбе, температуру до  $38,0^{\circ}\text{C}$ ,
- \* периодическую тошноту,
- \* рвоту.

### Анамнез заболевания

Два дня назад появились боли в животе, после приема таблетки дротаверина боли стали менее интенсивные, но не прошли. Боли в животе носили постоянный ноющий характер, сначала по всему животу, потом больше в правых нижних отделах. Ночью отмечался подъем температуры до  $37,8^{\circ}\text{C}$  усиление болей, однократно рвота. Стул был утром, разжиженный. Наутро отмечается подъем температуры до  $37,5^{\circ}\text{C}$ , сохраняющаяся до настоящего времени.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от первой беременности, первых срочных родов.
- \* Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра, ОРВИ в третьем триместре.
- \* Оценка по шкале Апгар – 9/9. В родильном зале приложена к груди.
- \* Привита в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Учится в третьем классе. Успеваемость, память – удовлетворительные.
- \* Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: в возрасте 6 лет перенес ветряную оспу. ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* На учете у узких специалистов не состоит.
- \* Аллергологический анамнез: аллергический ринит на цветение тополя, березы.
- \* Мenses с 12 лет, в настоящее время цикл регулярный, 12 день цикла.

### Объективный статус

Рост – 162 см. Вес – 49 кг 800 гр.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное – лежит на правом боку, так как при ходьбе и в положении сидя боли усиливаются. Температура –  $37,4^{\circ}\text{C}$ , частота дыхательных движений – 22 в минуту, частота сердечных сокращений – 92 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Зев не гиперемирован. Гипотрофия небных миндалин. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 100/60 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное.

\*Локальный статус:\* живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается умеренная болезненность в гипогастрии, выраженная болезненность в правых отделах живота. Симптом Филатова положительный, симптом Щеткина – Блюмберга положительный в правых отделах и над лоном. Так же в правой подвздошной области определяется локальное напряжение мышц передней брюшной стенки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом 12 ребра (поколачивания) – отрицательный. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу, выделений из влагалища нет.

**С целью постановки диагноза определите объем необходимых лабораторных исследований**

- 3
- 6
- 5
- 15

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является**

- 3
- 6
- 5

- 15

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- 3
- 6
- 5
- 15

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- консервативное лечение в стационаре, при нарастании лейкоцитоза выполнить диагностическую лапароскопию
- экстренное оперативное лечение
- выполнение компьютерной томографии для подтверждения диагноза
- плановое оперативное лечение

### **Для предоперационной подготовки пациента рекомендуют выполнить**

- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- профилактическую гемотрансфузию
- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- сифонную клизму с целью подготовки кишечника к операции

### **Оптимальный оперативный доступ при признаках местного перитонита на фоне острого аппендицита**

- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- профилактическую гемотрансфузию
- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- сифонную клизму с целью подготовки кишечника к операции

## **Дополнительная информация**

При проведении диагностической лапароскопии червеобразный отросток отечен, плотный, верхушка булавовидно расширена, с налётом фибрина серозная оболочка с инъецированными сосудами, отросток находится кнаружи от слепой кишки, направлен книзу, в правом латеральном канале определяется серозно-гнойный выпот объемом до 30-40 мл, серозная жидкость в полости малого таза в объеме 130-140 мл. Брюшина в правой подвздошной области и малом тазу гиперемирована, отечна с наложением фибрина.



**Тактика хирурга, помимо аппендэктомии, при такой интраоперационной находке заключается в**

- антибиотикопрофилактику за 30 мин до начала операции
- профилактическую гемотрансфузию
- гастроскопию с целью исключения эрозивно-язвенных изменений
- сифонную клизму с целью подготовки кишечника к операции

#### **Дополнительная информация**

Интраоперационно в брюшной полости определяется отечный увеличенный в размерах червеобразный отросток, серозная оболочка с инъецированными сосудами, в правом латеральном канале определяется серозно-гнойный выпот объемом до 30-40 мл, серозная жидкость в полости малого таза в объеме 30-40 мл.

**В данном случае у ребенка имеет место осложнение в виде**

- первичного гнойного пельвиоперитонита
- разлитого гнойного перитонита
- местного гнойного перитонита
- периаппендикулярного абсцесса

**В послеоперационном периоде рекомендовано выполнить общий анализ крови и мочи на + \_\_\_\_\_ + сутки после операции**

- 1
- 7
- 5
- 3

**Длительность антибактериальной терапии при местном гнойном перитоните составляет не менее + \_\_\_\_\_ + дней**

- 5-7
- 3-4
- 8-10
- 12-14

**При оперативном лечении острого аппендицита с местным гнойным перитонитом аспират из брюшной полости рекомендовано направить на + \_\_\_\_\_ + исследование**

- бактериологическое
- вирусологическое
- биохимическое

- цитологическое

**При сохранении гипертермии на 3-и сутки и более, при пальпирующемся инфильтрате (передняя брюшная стенка, брюшная полость) в зоне операции, вялом парезе кишечника у ребенка, оперированного по поводу острого аппендицита с местным перитонитом, рекомендовано выполнить**

- бактериологическое
- вирусологическое
- биохимическое
- цитологическое

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 5 недель.

### **Жалобы**

на

- \* рецидивизирующие срыгивания,
- \* рвоту,
- \* вялость.

### **Анамнез заболевания**

Две недели назад появились периодические срыгивания после еды, через 5 дней появилась обильная рвота полным объёмом съеденной пищи, ребёнок стал вялым. Самоотёком обратились в приёмное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от первой беременности, первых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3600 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Привит в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Перенесённые заболевания: не болел. Операции и травмы: не было. Вскармливание грудное.

### **Объективный статус**

Рост 58 см. Вес 5000 г.

Общее состояние средней степени тяжести, ребёнок вялый, при осмотре плачет. Умеренная гипотрофия. Температура  $36.8^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 42 в

минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 140 в минуту. Наполнение удовлетворительное. \*Локальный статус:\* живот обычной конфигурации. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Стул кашицеобразный, жёлтый. Наружные половые органы развиты правильно.

### **Рекомендуемые лабораторные методы обследования для уточнения диагноза**

- бактериологическое
- вирусологическое
- биохимическое
- цитологическое

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Для уточнения диагноза рекомендован инструментальный метод обследования**

- бактериологическое
- вирусологическое
- биохимическое
- цитологическое

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **В качестве дополнительного метода обследования рекомендуется проведение**

- ангиографического исследования сосудов брюшной полости
- рентгеноконтрастного исследования желудка
- ирригографии
- колоноскопии

#### **При проведении рентгеноконтрастного исследования желудка обнаружено замедление эвакуации контрастного вещества, в этом случае Ваш предполагаемый диагноз**

- ангиографического исследования сосудов брюшной полости
- рентгеноконтрастного исследования желудка
- ирригографии
- колоноскопии

## **Диагноз**

### **Тактика лечения больного после госпитализации в хирургическое отделение**

- пилоромиотомия
- наложение концевой илеостомы
- консервативное лечение (инфузионная терапия)
- наложение гастростомы

### **Рекомендуемая комбинация антибиотиков для предоперационной подготовки**

- цефалоспорины 3 поколения {plus} аминогликозиды
- фторхинолоны
- карбапенемы
- цефалоспорины 1 поколения

### **Энтеральную нагрузку в послеоперационном периоде показано начать через +\_\_+ часов**

- 6
- 12
- 24
- 36

### **Антибиотикотерапию в послеоперационном периоде показано проводить в течение +\_\_+ дней**

- 2-3
- 10
- не требуется
- 7

### **После операции диспансерное наблюдение у хирурга рекомендовано в течение +\_\_+ недель**

- 6
- 12
- 4
- 8

### **Характерный возраст возникновения гипертрофического пилоростеноза (в неделях)**

- 1-2
- 12-16
- 4-8
- 18-24

### **Первичная жалоба у детей с гипертрофическим пилоростенозом**

- рвота "фонтаном"
- ночная кишечная колика, плохой сон
- жидкий стул
- отечность лица

### **Характерные метаболические изменения у детей с врождённым гипертрофическим пилоростенозом**

- рвота "фонтаном"
- ночная кишечная колика, плохой сон
- жидкий стул
- отечность лица

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратились родители с девочкой 8 недель.

### **Жалобы**

на рвоту фонтаном, вялость ребёнка.

### **Анамнез заболевания**

Около месяца назад у ребёнка появились срыгивания после еды, педиатром была назначена смесь Нутрилон антирефлюкс, Маалокс. На фоне лечения без положительного эффекта, через две недели отмечено появление обильной рвоты фонтаном, прекращение набора веса ребёнком. Повторно осмотрены педиатром, направлены на осмотр хирурга в приёмное отделение стационара.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от второй беременности, вторых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3450 г. Рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 7/8. Привита в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ. Операции и травмы: не было. Вскармливание искусственное Нутрилон антирефлюкс.

### **Объективный статус**

Рост 55 см. Вес 3800 г.

Общее состояние тяжёлое, ребёнок вялый, при осмотре обильная рвота съеденным объёмом непереваренной смеси. Гипотрофия 2 ст. Температура 36.8<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 42 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 143 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот обычной конфигурации. При пальпации мягкий, запавший в нижних отделах, безболезненный. В верхних отделах живота визуализируется видимая перистальтика. Печень и селезенка не увеличены. Моча тёмно-жёлтая. Стул скудный. Наружные половые органы развиты правильно.

### **Инструментальный метод обследования для уточнения диагноза**

- рвота "фонтаном"
- ночная кишечная колика, плохой сон
- жидкий стул
- отечность лица

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Для уточнения диагноза показаны лабораторные методы обследования**

- рвота "фонтаном"
- ночная кишечная колика, плохой сон
- жидкий стул
- отечность лица

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **В качестве дополнительного метода обследования рекомендуется проведение**

- рентгенологического исследования пассажа из желудка
- диагностического лапароцентеза
- магнито-резонансной томографии
- диагностической лапароскопии

**При проведении рентгенконтрастного исследования желудка обнаружено замедление эвакуации контрастного вещества, в этом случае Ваш предполагаемый диагноз**

- рентгенологического исследования пассажа из желудка
- диагностического лапароцентеза
- магнито-резонансной томографии
- диагностической лапароскопии

**Диагноз**

**Тактика лечения больного после госпитализации в хирургическое отделение**

- пневматическая дезинвагинация
- проведение инфузионной терапии
- пилоромиотомия
- наложение гастростомы

**Антибиотикопрофилактику перед операцией необходимо провести за + \_\_\_\_+ минут**

- 30
- 120
- 60
- 10

**Рекомендуемый стартовый энтеральный объём в послеоперационном периоде составляет + \_\_\_\_+ мл**

- 5
- 50
- 100
- 10

**Рекомендованное анестезиологическое пособие при пилоромиотомии**

- эндотрахеальный наркоз
- проводниковая анестезия
- аппаратно-масочный наркоз
- спинальная анестезия

**Диспансерное наблюдение у хирурга в послеоперационном периоде показано в течение + \_\_\_\_+ месяца/месяцев**

- 3
- 6
- 12
- 1

**Характерные изменения в биохимическом анализе крови у детей с врождённым гипертрофическим пилоростенозом**

- билирубинемия
- повышение АСТ и АЛТ
- снижение альбумина
- гипокалиемия

**Клиническая картина гипертрофического пилоростеноза наиболее часто проявляется у детей в возрасте +\_\_+ месяца/месяцев**

- 12
- 5
- 9
- 1

**Характерный клинический симптом у детей с гипертрофическим пилоростенозом**

- 12
- 5
- 9
- 1

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

Со слов неонатолога родильного дома у новорождённого (девочка) с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Отмечается нарастание одышки, слышны дистанционные хрипы.

### **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ во время беременности на 2 скрининге выявлены микрогастрия, многоводие. После родов отмечаются вышеперечисленные со



слов неонатолога жалобы. Установлен желудочный зонд, на расстоянии 7 см от губ встречает препятствие, в желудок не проводится. Вызван на консультацию детский хирург.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 1 беременности, 1 преждевременных родов путем кесарева сечения. Беременность 30 недель на фоне многоводия, хронической фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания. Масса при рождении 1490 грамм. Длина 38 см, окружность головы 30 см, окружность грудной клетки 28 см. По шкале Апгар 5/6 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскринг не проведены. С рождения не кормился.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Проводится искусственная вентиляция легких. Не кормится. В слепой конец пищевода установлен зонд, через который отходит слюна. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям. Диффузные проводные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Смещение средостения нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. Половые органы сформированы по женскому типу, правильно.

St. localis: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюны). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 7 см, после чего встречает препятствие. Проба Элефанта положительная.

### **Лабораторным методом исследования, рекомендованным в данной ситуации, является**

- 12
- 5
- 9
- 1

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Данному пациенту рекомендовано проведение**

- 12
- 5
- 9
- 1

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- 12
- 5
- 9
- 1

### **Диагноз**

#### **В связи с установленным диагнозом, ребенку показано**

- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- проведение консервативной терапии
- оперативное лечение в плановом порядке

#### **Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в**

- федеральном медицинском центре
- родильном доме «на месте»
- лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня
- ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня

#### **Для предоперационной подготовки пациента рекомендовано выполнить**

- гемотрансфузию
- постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации
- искусственная вентиляция легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности
- пробное энтеральное кормление

#### **Оптимальный объем неотложного оперативного лечения для данного пациента включает в себя**

- создание «отсроченного» анастомоза пищевода
- эзофаго-и гастростомию; пластику неопищевода в плановом порядке
- элонгацию пищевода

- создание первичного анастомоза пищевода в плановом порядке

**Этапное оперативное лечение «чистой атрезии пищевода» рекомендовано при**

- подозрении на сопутствующий генетический синдром
- недоношенности менее 32 недель
- стабильном кардио-респираторном статусе пациента
- аспирационной пневмонии

**Ведение в послеоперационном периоде включает в себя**

- энтеральную нагрузку через гастростому при восстановлении пассажа по кишечнику
- парентеральное питание в течении 21 дня с пробной энтеральной нагрузкой по истечению данного срока
- парентеральное питание в течении 10 дней с пробной энтеральной нагрузкой по истечению данного срока
- энтеральную нагрузку через гастростому через 7 дней после оперативного лечения

**Оперативное вмешательство при трахеомалации рекомендуется при**

- массе тела менее 1500 г
- сопутствующем врожденном пороке сердца
- невозможности отлучить пациента от аппарата ИВЛ
- при постановке диагноза «Трахеомалация»

**Методом оперативного лечения трехеомалации является**

- скользящая трахеопластика
- аортопексия
- стентирование трахеи
- трахеостомия

**Сроки диспансерного наблюдения у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода в периоде новорожденности до + \_\_\_ + лет**

- скользящая трахеопластика
- аортопексия
- стентирование трахеи
- трахеостомия

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

## **Жалобы**

Со слов неонатолога родильного дома у новорождённого с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

## **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ во время беременности на 3 скрининге выявлена микрогастрия, многоводие. После родов отмечаются вышеперечисленные со слов неонатолога жалобы. Установлен желудочный зонд, на расстоянии 8 см от губ встречает препятствие, в желудок не проводится. Вызван на консультацию детский хирург.

## **Анамнез жизни**

Ребёнок от 1 беременности, 1 родов самостоятельных путем. Беременность 38 недель на фоне многоводия. Масса при рождении 2540 грамм. Длина 51 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 33 см. По шкале Апгар 6/8 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскринг не проведены. С рождения не кормился.

## **Объективный статус**

Состояние тяжелое. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. В слепой конец пищевода установлен зонд, через который отходит слюна. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям.

Проводные влажные хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Смещение средостения нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D.

St. localis: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюней). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 8 см, после чего встречает препятствие. Проба Элефанта положительная.

**Лабораторным методом исследования, рекомендованным в данной ситуации, является**

- скользящая трахеопластика
- аортопексия
- стентирование трахеи
- трахеостомия

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Данному пациенту рекомендовано проведение**

- скользящая трахеопластика
- аортопексия
- стентирование трахеи
- трахеостомия

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- скользящая трахеопластика
- аортопексия
- стентирование трахеи
- трахеостомия

**Диагноз**

**В связи с установленным диагнозом, ребенку показано**

- проведение консервативной терапии
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение в экстренном порядке

**Оперативное лечение по экстренным показаниям пациенту с атрезией пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем показано в сочетании с**

- синдромом Дауна
- дуоденальной непроходимостью
- врожденным пороком сердца
- недоношенностью

**Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в**

- федеральном центре
- родильном доме «на месте»
- ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня
- лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня

#### **Для предоперационной подготовки пациента рекомендовано выполнить**

- перевод на искусственную вентиляцию легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности
- постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации
- гемотрансфузию
- пробное энтеральное кормление

#### **Оптимальный объем неотложного оперативного лечения включает в себя**

- пластику пищевода желудком
- пластику пищевода толстой кишкой, создание анастомоза пищевода
- выделение и разобщение трахеопищеводного свища, создание анастомоза пищевода.
- пластику пищевода тонкой кишкой

#### **Этапное оперативное лечение рекомендовано при**

- сопутствующем врожденном пороке сердца
- недоношенности
- наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении
- подозрении на сопутствующий генетический синдром

#### **Ведение в послеоперационном периоде включает в себя**

- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 6-7-е сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней
- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 30-е сутки после операции

#### **Тактика хирурга при выявлении несостоятельности анастомоза пищевода**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

## **Сроки диспансерного наблюдения у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода в периоде новорожденности до +\_\_+ лет**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме ребенка 5 суток жизни.

### **Жалобы**

Со слов неонатолога родильного дома у новорождённого отмечаются: приступы кашля и цианоза, возникающие во время кормления, более выраженные в горизонтальном положении ребёнка.

### **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ во время беременности данных за врожденные пороки развития нет. После рождения отмечаются вышеперечисленные со слов неонатолога жалобы. Питательный зонд свободно проходит в желудок. При кормлении через назогастральный зонд ребенок питание усваивает, кашля, цианоза нет. Вызван на консультацию детский хирург.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 родов оперативным путем. Беременность 38 недель. Масса при рождении 3400 грамм. Длина 54 см, окружность головы 35 см, окружность грудной клетки 34 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ребенок на спонтанном дыхании. Кормится через желудочный зонд по 60-70 мл грудным молоком, усваивает в полном объеме, не срыгивает. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям. Диффузные проводные влажные хрипы. Тоны сердца звучные, ритмичные. Смещения средостения нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация

безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный 4-5 раз в сутки, переходный, кашицей. Без патологических примесей. Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D.

**Лабораторным методом исследования, рекомендованным в данной ситуации, является**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Данному пациенту рекомендовано проведение**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

**Результаты обследования**

**К дополнительным методам обследования с целью выявления возможных сопутствующих врожденных пороков развития у данного пациента, относится**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- эзофагостомия, экстирпация пищевода
- наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости
- ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям
- стентирование пищевода

**Диагноз**



### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- консервативная терапия
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- оперативное лечение в экстренном порядке

### **Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в**

- родильном доме «на месте»
- федеральном медицинском центре
- ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня
- лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня

### **Пациенты с врожденной трахеопищеводной расщелиной должны получать лечение в медицинском учреждении**

- имеющем оборудование и опыт проведения подобных оперативных вмешательств
- с детским хирургическим стационаром 1 уровня
- федерального уровня по профилю «Детская хирургия» и «Неонатология»
- где родился ребенок («на месте»)

### **Предоперационная подготовка заключается в**

- санации трахеобронхиального дерева
- пробном энтеральном кормлении через рот
- гемотрансфузии
- переводе на искусственную вентиляцию легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности

### **Оптимальный объем оперативного лечения при высоком расположении трахеопищеводного свища включает в себя мобилизацию, перевязку и пересечение соустья + \_\_\_\_\_ + доступом**

- эндотрахеальным
- правосторонним шейным
- эндоэзофагеальным
- срединным

### **Оптимальный объем оперативного лечения при низком расположении трахеопищеводного свища включает в себя мобилизацию, перевязку и пересечение соустья \_\_\_\_\_ доступом**

- эндоэзофагеальным
- срединным
- правосторонним торакоскопическим/торакотомным
- эндотрахеальным

### **Ведение пациента в послеоперационном периоде по поводу изолированного трахеопищеводного свища включает в себя**

- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 30-е сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 6-7-е сутки после операции
- профилактическое бужирование пищевода на 7 сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней

### **При своевременной диагностике и лечении прогноз при данной патологии**

- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 30-е сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 6-7-е сутки после операции
- профилактическое бужирование пищевода на 7 сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 8 лет.

### **Жалобы**

На интенсивные боли в животе, рвоту, слабость.

### **Анамнез заболевания**

В школе три часа назад у ребёнка появились интенсивные боли в животе, двукратная рвота, выраженная слабость. После кратковременного улучшения отмечался повторный приступ интенсивных болей. Травмы не было. Нарядом СМП ребёнок доставлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

Развитие по возрасту. Операции, травмы отрицает. Хронических заболеваний нет. Аллергоанамнез: пищевая аллергия.

### **Объективный статус**

Рост 140 см Вес 35 кг.

Общее состояние тяжёлое, сознание ясное. Температура 37.9°C. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 26 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс учащен до 120 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот подвздут в верхних отделах, несколько отстаёт в акте дыхания. При пальпации отмечается выраженная болезненность в параумбиликальной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, признаков острого воспаления нет. Стула с момента появления болей не было.

### **Инструментальные методы обследования, необходимые для постановки диагноза**

- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 30-е сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 6-7-е сутки после операции
- профилактическое бужирование пищевода на 7 сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **В рамках дополнительного инструментального метода обследования возможно использовать**

- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции

- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 30-е сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 6-7-е сутки после операции
- профилактическое бужирование пищевода на 7 сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемый диагноз**

- профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 30-е сутки после операции
- рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне разобщения трахеопищеводного свища на 6-7-е сутки после операции
- профилактическое бужирование пищевода на 7 сутки после операции
- энтеральная пауза до 14 дней

#### **Диагноз**

**Ребёнок госпитализирован с подозрением на дивертикул Меккеля. Тактика лечения предполагает проведение**

- лапаротомии
- антибактериальной терапии
- эзофагогастродуоденоскопии
- диагностической лапароскопии

**При диагностической лапароскопии обнаружен заворот тонкой кишки без признаков некроза, тактика лечения**

- конверсия на лапаротомию, устранение заворота
- наложение энтеростомы проксимальнее заворота
- резекция перекрученных петель кишечника
- лапароскопическое устранение заворота

**После устранения заворота тонкой кишки необходимо**

- оценить микроциркуляторные изменения в петлях кишки

- наложить терминальную илеостому проксимальнее заворота для разгрузки кишечника
- взять полнослойную биопсию изменённых петель кишечника
- выполнить энтеропексию к париетальной брюшине

**После устранения заворота тонкой кишки обнаружен дивертикул Меккеля на широком неизменённом основании (3 см), тактика лечения состоит в**

- резекции участка кишки с дивертикулом протяжённостью не менее 20 см
- лапароскопической резекции дивертикула лигатурным способом, наложении энтеростомы проксимальнее уровня резекции
- лапароскопической резекции дивертикула с помощью линейного сшивающего аппарата
- консервативной терапии (антибактериальная терапия, антациды)

**При лапароскопической ревизии брюшной полости выявлена паховая грыжа справа, в брюшной полости явлений воспаления брюшины нет. Тактика лечения состоит в**

- выполнении лапароскопической герниорафии
- проведении консервативной терапии
- пластике паховой грыжи только паховым доступом
- лапароскопической герниорафии в отсроченном послеоперационном периоде

**Редукция желточного протока происходит к +\_\_+ месяцу антенатального развития**

- 3
- 9
- 6
- 1

**Наиболее часто в дивертикуле Меккеля обнаруживают эктопированные ткани**

- слюнных желёз
- поджелудочной железы
- слизистой оболочки желудка
- селезёнки

**Риск кровотечения из дивертикула Меккеля наиболее высок у детей +\_\_\_\_+ лет**

- до 2

- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

**Ограничение физической нагрузки после оперативного лечения дивертикула Меккеля показано в течение + \_\_\_+ недель**

- до 2
- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара обратилась мама с мальчиком 5 лет.

### **Жалобы**

На боли в животе.

### **Анамнез заболевания**

Шесть часов назад дома ребёнок пожаловался на боли в животе, отмечалась однократная рвота, в связи с усилением болей родители самотёком доставили ребёнка в стационар.

### **Анамнез жизни**

Развитие по возрасту. Операции, травмы отрицают. Хронических заболеваний нет. Аллергоанамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Рост 117 см Вес 21 кг.

Общее состояние тяжёлое, ребенок при осмотре беспокоен. Температура 37,7°C. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 25 в минуту.

Гемодинамических нарушений нет. АД 100/62 мм. рт. ст. Сердечные тоны слегка приглушены, ритмичные. Пульс 120 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот не вздут. При пальпации болезненный в параумбиликальной области. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в

параумбиликальной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Стула не было.

**Для уточнения диагноза рекомендовано использовать инструментальные методы диагностики**

- до 2
- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

**Результаты инструментальных методов обследования**

**В рамках дообследования рекомендовано лабораторное исследование**

- до 2
- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Дополнительный метод инструментального обследования, рекомендованный для уточнения диагноза**

- до 2
- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- до 2
- старше 15
- от 10 до 14
- от 3 до 8

**Диагноз**

**Тактика лечения после осмотра хирургом в приёмном отделении**

- оперативное лечение в стационаре в плановом порядке

- госпитализация в хирургическое отделение, экстренное оперативное лечение
- наблюдение хирурга в поликлинике, амбулаторное лечение
- данных за острую хирургическую патологию нет, госпитализация в инфекционное отделение

#### **Рекомендованная тактика лечения после госпитализации в хирургическое отделение**

- отсроченная лапароскопия после курса антибактериальной и инфузионной терапии
- консервативное лечение, контроль ультразвукового исследования брюшной полости
- срединная лапаротомия
- диагностическая лапароскопия

#### **При диагностической лапароскопии выявлен инъецированный ригидный дивертикул Меккеля на узком основании 1,5 см с признаками воспаления. Стенка кишки не изменена. Тактика лечения**

- лапароскопическая резекция участка кишечника с наложением анастомоза
- резекция дивертикула с использованием линейного сшивающего аппарата
- резекция дивертикула в отсроченном периоде после курса антибактериальной и противовоспалительной терапии
- консервативное лечение (инфузионная, антибактериальная терапия)

#### **При лапароскопической ревизии брюшной полости выявлена паховая грыжа слева, в брюшной полости имеются явления перитонита. Тактика лечения**

- допустимы оба варианта оперативного лечения
- пластика паховой грыжи паховым доступом
- герниорафия не показана
- лапароскопическая герниопластика

#### **Характерным симптомом инвагинации кишечника на фоне дивертикула Меккеля при проведении ультразвукового исследования брюшной полости является**

- расширение петель тонкой кишки
- увеличение лимфоузлов брыжейки
- симптом «двойной мишени»
- диффузная неоднородность поджелудочной железы



## **Дивертикулэктомия с помощью лигатурного метода допустима**

- при ширине основания менее 2 см и интактном основании
- при давности заболевания менее 6 часов
- если операция проводится лапароскопическим доступом
- при возрасте пациента менее 3 лет

## **После оперативного лечения дивертикула Меккеля наиболее часто встречающимся осложнением является**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

## **Риск кровотечения из дивертикула Меккеля наиболее высок у детей +\_\_\_+ лет**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара нарядом СМП доставлен мальчик 14 лет.

### **Жалобы**

На интенсивные боли в животе.

### **Анамнез заболевания**

Накануне в течение дня ребёнок жаловался на боли в животе, самостоятельно принимал анальгин по 1 таблетке три раза в день. Сегодня в школе боли в животе выражено усилились, была однократная рвота, учителем вызван наряд СМП, ребёнок доставлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

Развитие по возрасту. Операции, травмы отрицает. Хронических заболеваний нет. Аллергоанамнез не отягощён.

### **Объективный статус**

Рост 167 см Вес 55 кг.

Общее состояние тяжёлое, положение вынужденное, сидит. Температура 38,5°C. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, влажные, склеры

и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 120/80 мм. рт. ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 97 в минуту. Наполнение удовлетворительное. Локальный статус: живот подвздут, передняя брюшная стенка отстаёт при дыхании. При пальпации живот болезненный во всех отделах, больше в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в нижних отделах живота. Симптом Филатова сомнительный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Стул однократно жидкий утром.

**Для уточнения диагноза рекомендовано использовать лабораторное исследование**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Инструментальные методы диагностики, показанные для уточнения диагноза**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

**Результаты инструментальных методов обследования**

**При неясной клинической картине рекомендован дополнительный метод инструментального обследования**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- спаечная кишечная непроходимость
- синдром мальабсорбции
- инвагинация кишечника
- несостоятельность швов

## **Диагноз**

### **Оптимальная тактика лечения после госпитализации в хирургическое отделение**

- диагностическая лапароскопия
- срединная лапаротомия
- дренирование брюшной полости под ультразвуковым контролем
- интенсивная терапия в условиях реанимации, отсроченная лапароскопия

**Ребёнку выполнена диагностическая лапароскопия, выявлен дивертикул Меккеля серого цвета на широком основании, в котором определяется перфорация. Стенка кишки отёчна, покрыта фибрином. Тактика лечения**

- экстраперитонизация воспалённого сегмента кишки
- дренирование кишки через перфорацию, инстиляция антибиотиков в послеоперационном периоде
- лапароскопическая резекция дивертикула с использованием линейного сшивающего аппарата
- лапароскопически-ассистированная резекция дивертикула с сегментом кишки с использованием линейного сшивающего аппарата

**Тактика лечения при выявлении на лапароскопической ревизии брюшной полости ригидного отёчного аппендикса**

- аппаратная аппендэктомия в отсроченном периоде
- лапароскопическая аппендэктомия
- антибактериальная терапия в послеоперационном периоде
- конверсия, лапаротомия, резекция аппендикса

**В послеоперационном периоде соблюдение рекомендаций по питанию показано в течение +\_\_+ месяца/месяцев**

- 1
- 10
- 6
- 3

## **Рекомендуемый метод оперативного лечения при выявлении невоспалённого дивертикула Меккеля на диагностической лапароскопии**

- резекция дивертикула линейным сшивающим аппаратом
- резекция невоспалённого дивертикула не показана
- конверсия, резекция дивертикула с участком кишки не менее 20 см
- лапароскопически-ассистированная резекция дивертикула

## **После оперативного лечения дивертикула Меккеля превалирующим осложнением является**

- спаечная кишечная непроходимость
- инвагинация кишечника
- кишечное кровотечение
- несостоятельность швов

## **Дивертикулэктомия с помощью лигатурного метода допустима**

- при давности заболевания менее 6 часов
- при ширине основания менее 2 см и интактном основании
- при возрасте пациента менее 3 лет
- если операция проводится лапароскопическим доступом

## **В дивертикуле Меккеля наиболее часто обнаруживают эктопию тканей**

- при давности заболевания менее 6 часов
- при ширине основания менее 2 см и интактном основании
- при возрасте пациента менее 3 лет
- если операция проводится лапароскопическим доступом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 3 месяцев.

### **Жалобы**

Выпячивание в области пупка

### **Анамнез заболевания**

Выпячивание в области пупка обнаружено в возрасте 2 месяцев после эпизода острой респираторной вирусной инфекции.

### **Анамнез жизни**

\* мать и отец здоровы

- \* ребёнок от 2-ой беременности, 2-х преждевременных родов на 37 неделе
- \* вес при рождении 2500 грамм, рост 45 см
- \* оценка по шкале Апгар 7/8 баллов
- \* ребёнок на искусственном вскармливании

### **Объективный статус**

При осмотре: ребёнок астенического телосложения. Рост 56 см, вес 4.700 гр. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, хрипов нет, чистота дыхания 30 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 126 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, дизурических явлений нет. Местно: в области пупочного кольца определяется грыжевое выпячивание, увеличивающееся при крике ребёнка, легко вправляющиеся в брюшную полость, пупочное кольца не замкнуто.

### **Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнить**

- диагностическую лапароскопию
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- клинический осмотр ребёнка
- магнитно-резонансную томографию

### **Предполагаемый диагноз**

- диагностическую лапароскопию
- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- клинический осмотр ребёнка
- магнитно-резонансную томографию

### **Диагноз**

### **Тактика детского хирурга на амбулаторном этапе при выставленном диагнозе**

- консервативная терапия
- диспансерное наблюдение до 18 лет
- экстренное оперативное вмешательство
- плановое оперативное вмешательство

### **Основной целью консервативной терапии при пупочной грыже является**

- повышение внутрибрюшного давления

- укрепление мышц передней брюшной стенки
- профилактика инфекционных осложнений
- снижение внутрибрюшного давления

**В план консервативной терапии при пупочной грыже входит**

- ежедневный массаж и гимнастика
- соблюдение диеты
- мануальная терапия
- физиотерапевтические методы

**Ребёнка грудного возраста с пупочной грыжей, перед кормлением следует**

- провести общеукрепляющий массаж
- укладывать на живот
- дать витамин Д3 500 МЕ
- выполнить очистительную клизму

**В плане консервативной терапии при пупочной грыже, после года следует назначить**

- диету с ограничением экстрактивных веществ
- соблюдение питьевого режима
- курс лечебной физкультуры
- курс физиотерапии

**При отсутствии эффекта от консервативной терапии, оперативное лечение показано после + \_\_\_ + лет**

- 2
- 3
- 4
- 5

**Оперативное лечение при пупочной грыже можно выполнить в более ранние сроки, в случае**

- периодического повышения температуры
- плотного фиброзного края пупочного кольца
- периодических болей в животе
- частого нарушения стула

**После пластики пупочного кольца, активный образ жизни разрешается через + \_\_\_\_\_ + недели (ль) после операции**

- 1-3
- 11-12
- 8-10
- 4-6

**Содержимым грыжевого мешка при пупочной грыже, как правило, является (-ются)**

- петли толстой кишки
- лимфоузел
- аппендикс
- большой сальник

**Фактором, способствующим образованию пупочной грыжи, является**

- петли толстой кишки
- лимфоузел
- аппендикс
- большой сальник

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком 1 месяца.

### **Жалобы**

Выпячивание в области пупка.

### **Анамнез заболевания**

Выпячивание в области пупка обнаружено после рождения, рекомендовано наблюдение в динамике.

### **Анамнез жизни**

- \* мать и отец здоровы
- \* ребёнок от 1 беременности 1 срочных физиологических родов на 40 неделе
- \* вес при рождении 3100 грамм, рост 50 см
- \* оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- \* на грудном вскармливании
- \* развивается по возрасту

### **Объективный статус**

При осмотре: ребёнок нормостенического телосложения. Рост 53 см, вес 3.900 гр. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, хрипов нет,

чистота дыхания 32 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, дизурических явлений нет. Местно: в области пупочного кольца определяется грыжевое выпячивание, увеличивающееся при крике ребёнка, легко вправляющиеся в брюшную полость, пупочное кольцо не замкнуто.

#### **Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнить**

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- рентгенографию органов брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопию
- клинический осмотр ребёнка

#### **Предполагаемый диагноз**

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- рентгенографию органов брюшной полости
- эзофагогастродуоденоскопию
- клинический осмотр ребёнка

#### **Диагноз**

#### **Тактика детского хирурга на амбулаторном этапе при данном диагнозе**

- плановое оперативное вмешательство
- диспансерное наблюдение до 18 лет
- консервативная терапия
- экстренное оперативное вмешательство

#### **Основной целью консервативной терапии при пупочной грыже является**

- укрепление мышц передней брюшной стенки
- профилактика инфекционных осложнений
- снижение внутрибрюшного давления
- повышение внутрибрюшного давления

#### **В план консервативной терапии при пупочной грыже входит**

- частое дробное питание
- электромиостимуляция мышц передней брюшной стенки
- закаливание ребенка
- ежедневный массаж и гимнастика



**При пупочной грыже, ребёнку грудного возраста, за 15-20 минут до кормления рекомендовано**

- допаивать водой по 50 мл
- дать водный раствор витамин Д3 по 500 МЕ
- стимулировать стул
- укладывать на живот

**В плане консервативной терапии при пупочной грыже, после года следует назначить**

- послабляющие препараты
- послабляющую диету
- курс физиотерапии
- курсовую лечебную физкультуру

**При отсутствии эффекта от консервативной терапии, оперативное лечение показано после +\_\_\_+ лет**

- 5
- 7
- 3
- 10

**Оперативное лечение при пупочной грыже можно выполнить в более ранние сроки, в случае**

- плотного фиброзного края пупочного кольца
- частого нарушения стула
- периодических болей в животе
- наличия перистальтических шумов над грыжевым выпячиванием

**В плане консервативной терапии при пупочной грыже рекомендуют заниматься следующим видом спорта**

- плаванием
- художественной гимнастикой
- фигурным катанием
- прыжками

**Приблизительно в 60% случаев у детей в процессе роста происходит самоизлечение пупочной грыжи, наступающее обычно к +\_\_\_+ годам**

- 10-12

- 7-9
- 2-3
- 5-6

**Содержимым грыжевого мешка при пупочной грыже, как правило являются(ется)**

- 10-12
- 7-9
- 2-3
- 5-6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком 10 лет.

### **Жалобы**

На боль, припухлость в области околоногтевого валика I пальца левой кисти.

### **Анамнез заболевания**

Болезненность и покраснение в области I пальца левой кисти появились 5 дней назад, родители самостоятельно обрабатывали растворами антисептиков 1 раз в день – без эффекта. Эпизодов повышения температуры не было.

### **Анамнез жизни**

- \* мать и отец здоровы
- \* ребёнок от 1 беременности 1 срочных физиологических родов на 40 неделе
- \* на грудном вскармливании до 1 года
- \* болеет острыми респираторными вирусными инфекциями 3-4 раза в год

### **Объективный статус**

При осмотре: ребёнок нормостеничного телосложения. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, хрипов нет, чистота дыхания 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 97 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Мочеиспускание самостоятельное, свободное, дизурических явлений нет.

Местный статус: в области околоногтевого валика по левому краю I пальца левой кисти, под кожей определяется скопление гноя, вокруг – гиперемия, при

пальпации – резкая болезненность. Движения фаланги в полном объёме, безболезненны.

#### **Для постановки окончательного диагноза необходимо выполнить**

- рентген кисти в двух проекциях
- общий анализ крови и общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование тканей пальца
- клинический осмотр

#### **Предполагаемый диагноз**

- рентген кисти в двух проекциях
- общий анализ крови и общий анализ мочи
- ультразвуковое исследование тканей пальца
- клинический осмотр

#### **Диагноз**

#### **При выставленном диагнозе ребенку показано**

- физиотерапевтическая терапия
- антибактериальная терапия
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение

#### **Вид оперативного вмешательства при панариции зависит от**

- выраженности отёка
- личного опыта хирурга
- степени интоксикации
- формы заболевания

#### **Основным требованием к выбору оперативного доступа является**

- абластичность раны
- косметический эффект
- радикальная некрэктомия
- адекватная анальгезия

#### **При околоногтевом панариции целесообразно выполнить**

- дугообразный разрез вдоль края ногтя
- г-образный разрез
- краевую резекцию ногтя

- удаление ногтевой пластины

**При околоногтевом панариции разрез выполняется**

- в области некротического очага
- у корня ногтевой пластины
- в пределах здоровых тканей
- у основания ногтевой пластины

**При оперативном вмешательстве по поводу панариция, помимо удаления гноя необходимо выполнить**

- установку резинового выпускника
- ушивание раны
- удаление ногтевой пластинки
- радикальную некроэктомию

**В послеоперационном периоде, по поводу околоногтевого панариция необходимо проведение**

- ежедневных перевязок с антисептическими растворами
- курса противостолбнячной вакцинации
- перевязки 1 раз в 2-3 дня с наложением вторичных швов на рану
- длительной антибактериальной терапии

**В курс перевязок необходимо включать аппликации с**

- раствором гиалуронидазы (Лидаза)
- мазью Хлорамфеникол (Левомеколь)
- гелем с НПВС (Диклофенак)
- гормональной мазью (Преднизолоновая)

**Диагностическая ценность рентгенограмм наиболее ценна при \_\_\_\_\_ форме панариция**

- кожной
- суставной
- ногтевой
- подкожной

**Одним из основных признаков сухожильного панариция является**

- кожной
- суставной
- ногтевой

- подкожной

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в отделении реанимации родильного дома.

### **Жалобы**

Ребенок консультируется по поводу врожденного порока развития, выявленного внутриутробно.

### **Анамнез заболевания**

По данным ультразвукового исследования на 28-29 неделе гестации выявлен порок развития плода – диафрагмальная грыжа. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. Ребенок родился на 38-39 неделе гестации, с массой тела 3750 грамм, мужского пола. Состояние после рождения тяжелое. Состояние при рождении тяжелое, за счет дыхательной недостаточности, обусловленной врожденным пороком развития (диафрагмальная грыжа), врожденной инфекцией. Ребенок с рождения на ИВЛ, в режиме нормовентиляции.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от матери 25 лет, от третьей беременности, протекавшей в первом триместре без особенностей, во втором триместре на 18 неделе - угроза прерывания, стационарное лечение, в третьем триместре на фоне отеков, в 28-29 недель выявлен врожденный порок развития плода – левосторонняя диафрагмальная грыжа. Роды вторые, срочные, на 38-39 неделе гестации. Вес при рождении – 3750 грамм, по шкале Апгар 7/7 баллов. Характер околоплодных вод – меконеальные.

### **Объективный статус**

Состояние ребенка тяжелое. Ребенок находится на ИВЛ в режиме нормовентиляции. Не кормится, установлен назогастральный зонд, отходит слюна. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка асимметрична, справа запавшая. Дыхание аппаратное, аускультативно слева дыхание проводится только в верхних отделах, экскурсия грудной клетки слева снижена. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками – коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, запавший. Меконий отошел. Мочеиспускание самостоятельное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

### **Необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- кожной
- суставной
- ногтевой
- подкожной

### **Результаты обследования**

### **Сформулируйте диагноз**

- кожной
- суставной
- ногтевой
- подкожной

### **Диагноз**

### **Учитывая наличие врожденной диафрагмальной грыжи, ребенку показано**

- консервативное лечение
- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение после стабилизации состояния

### **Данному пациенту показано оперативное лечение в следующем объеме**

- низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта диафрагмы
- процедура Бианчи
- торакотомия, пластика диафрагмы сетчатым имплантом
- торакоскопическая пликация диафрагмы

### **При врожденной диафрагмальной грыже целесообразно применение**

- опиоидных наркотических анальгетиков (фентанила)
- адрено- и симпатомиметиков (адреналина)
- дофаминомиметиков (допамина)
- м-холинолитиков (атропина)

### **При аплазии диафрагмальных мышц показано**

- применение пластического материала
- ушивание дефекта диафрагмы без низведения органов в брюшную полость
- процедура Бианчи
- проведение гастропуппикации

**Трудности выхаживания детей с диафрагмальной грыжей связаны с наличием**

- аномалий развития желудочно-кишечного тракта
- гастро-эзофагеального рефлюкса
- гипоплазии печени
- недоразвития легочной ткани

**Предоперационная подготовка при врожденной диафрагмальной грыже включает**

- декомпрессию желудка
- проведение очистительной клизмы
- проведение спинно-мозговой пункции
- энтеральную нагрузку в возрастном объеме

**В послеоперационном периоде, в связи с увеличением внутрибрюшного давления, у детей с врожденной диафрагмальной грыжей длительно сохраняется**

- гастро-эзофагеальный рефлюкс
- печеночная недостаточность
- парез кишечника
- гиперсаливация

**Результаты оперативного лечения диафрагмальной грыжи зависят от наличия сопутствующей**

- патологии пищевода
- патологии трахеи
- гипоплазии желудка
- гипоплазии легких

**При грыже пищеводного отверстия диафрагмы на фоне отсутствия явных клинических симптомов показано проведение + \_\_\_\_\_ + оперативного лечения**

- экстренного
- отсроченного
- планового
- срочного

**При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы операцией выбора является**

- экстренного
- отсроченного
- планового
- срочного

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3850 граммов, мужского пола. Состояние после рождения удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре промежности определяется отсутствие анального отверстия.

### **Анамнез заболевания**

По данным ультразвукового исследования во время беременности патологии выявлено не было. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. После рождения в связи с отсутствием анального отверстия на промежности вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Беременность 39-40 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3850 граммов. Длина 52 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскринг не проведены. С рождения не кормился, меконий не отходил.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. Установлен назогастральный зонд, отходит желудочное содержимое без патологических примесей. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок ненапряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,0 см из-под края



реберный дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча желто-зеленая, с примесью мекония. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D. St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка не выражена, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицательный.

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования в данной ситуации является**

- экстренного
- отсроченного
- планового
- срочного

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- экстренного
- отсроченного
- планового
- срочного

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- оперативное лечение по неотложным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативная терапия
- оперативное лечение в экстренном порядке

**В каком объеме показано оперативное лечение данному пациенту**

- выведение концевой сигмостомы
- лапароскопически-ассистированное низведение толстой кишки
- выведение отдельной сигмостомы
- промежностная аноректопластика

**Ориентировочные сроки радикальной аноректопластики при аноректальной мальформации после выведения колостомы в среднем составляют \_\_\_\_\_ месяца (ев)**

- 5-6
- 18-24
- 2-3
- 11-12

**К дополнительным методам обследования при аноректальной мальформации относится**

- колоноскопия
- рентгенография крестцово-копчиковой области, определение крестцового индекса
- статическая нефросцинтиграфия почек
- эзофагогастродуоденоскопия

**В послеоперационном периоде после выведения колостомы антибактериальными препаратами выбора являются**

- цефалоспорины
- карбопенемы
- пенициллины
- аминогликозиды

**После радикальной коррекции порока проведение бужирования неоануса показано на +\_\_\_\_\_+ сутки**

- 10-14
- 15-18
- 5-7
- 8-9

**К основным принципам бужирования неоануса относится**

- максимально ранняя отмена бужирования
- быстрое увеличение диаметра бужа
- атравматичность и безболезненность
- появление крови при бужировании

**Показанием к закрытию колостомы после радикальной коррекции атрезии ануса является**

- введение в прикорм всех основных продуктов
- достижение максимального диаметра бужа при бужировании неоануса
- достижение возраста ребенком не меньше 6 месяцев
- срок через 1 месяц после радикальной аноректопластики

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики антибактериальными препаратами выбора являются метронидазол в сочетании с**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- пеницилинами

**Максимальный возрастной буж (номер бужа) в возрасте 1-4 месяца является**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- пеницилинами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в отделении реанимации родильного дома.

### **Жалобы**

Ребенок родился на 38-39 неделе гестации, с массой тела 3600 грамм, мужского пола. Состояние после рождения очень тяжелое. В связи с явлениями дыхательной недостаточности ребенок интубирован в родильном зале.

### **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ пороков развития плода выявлено не было. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. Ребенок родился на 38-39 неделе гестации, с массой тела 3600 грамм, мужского пола. Состояние после рождения тяжелое. Закричал после масочной вентиляции легких в течение 5 мин. Через 20 мин после рождения возник приступ вторичной асфиксии, цианоз кожных покровов, одышка до 100 в 1 мин. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребенок интубирован, переведен на искусственную вентиляцию легких.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов на 38-39 неделе гестации. Масса при рождении 3600 грамм. Длина тела 45 см, окружность головы 35 см, окружность грудной клетки 34 см. По шкале Апгар 3/5 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. Меконий отошел.

## **Объективный статус**

Состояние очень тяжелое. Ребенок находится на искусственной вентиляции легких. Не кормится, установлен назогастральный зонд, отходит прозрачное желудочное отделяемое. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка асимметрична, с западением и отставанием дыхания справа. Находится в режиме ИВЛ, аускультативно слева дыхание не проводится, экскурсия грудной клетки слева отсутствует. Перкуторно на фоне притупления периодически коробочный звук. Сердечные тоны глухие, частота сердечных сокращений до 190 в мин, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, запавший. Меконий отошел. Мочеотделение по катетеру, моча макроскопически не изменена. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу

## **Необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- пеницилинами

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- пеницилинами

## **Диагноз**

### **Тактика лечения пациента**

- консервативное лечение
- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение после стабилизации состояния

### **Показано следующее оперативное лечение**

- низведение органов в брюшную полость, ушивание дефекта диафрагмы
- торакотомия, пластика дефекта диафрагмы
- процедура Бианчи
- торакоскопическая пликация диафрагмы

**При выраженных респираторных и сердечно-сосудистых нарушениях показано назначение**

- дофаминомиметики (допамин)
- м-холинолитики (атропин)
- опиоидные наркотические анальгетики (фентанил)
- адрено- и симпатомиметики (адреналини)

**При ложной диафрагмальной грыже с аплазией диафрагмы показано**

- ушивание дефекта диафрагмы без низведения органов в брюшную полость
- проведение гастроплюксии
- применение пластического материала
- процедура Бианчи

**Трудности выхаживания детей с диафрагмальной грыжей связаны с наличием**

- гастро-эзофагеального рефлюкса
- гипоплазии печени
- недоразвития легочной ткани
- аномалий развития желудочно-кишечного тракта

**Перед операцией ребенку необходимо провести**

- дренирование плевральной полости
- проведение спинномозговой пункции
- эзофагогастродуоденоскопию
- декомпрессию желудка

**После операции у данных пациентов нередко возникает**

- парез кишечника
- гиперсаливация
- печеночная недостаточность
- почечная недостаточность

**Результаты лечения диафрагмальной грыжи связаны с наличием сопутствующей**

- объема грыжевого содержимого
- гипоплазии желудка
- патологии трахеи
- гипоплазии легкого, легочной гипертензии

**При грыже пищеводного отверстия диафрагмы на фоне отсутствия явных клинических симптомов оперативное лечение проводят в + \_\_\_\_\_ + порядке**

- плановом
- экстренном
- срочном
- отсроченном

**Оперативное лечение при грыже пищеводного отверстия диафрагмы проводится в объеме**

- плановом
- экстренном
- срочном
- отсроченном

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в приемном отделении хирургии детской больницы.

### **Жалобы**

На обильные срыгивания с рождения, в течение двух недель периодически с прожилками алой крови.

### **Анамнез заболевания**

С рождения у ребенка срыгивания после каждого кормления. В поликлинике по месту жительства при проведении эхокардиографии выявлено объемное образование в полости правого предсердия в проекции нижней полой вены, в связи с чем ребенка направили на консультацию кардиохирурга, диагностировано объемное образование (тромб) в полости правого предсердия без нарушения гемодинамики. Рекомендованы антикоагулянты, антибактериальная и антимикотическая терапия. На фоне присоединения геморрагического синдрома (появление прожилок крови в рвотных массах) антикоагулянты отменены. В последующем срыгивания с примесью крови сохранялись, в связи с чем, родители ребенка вызвали бригаду скорой медицинской помощи. В связи с подозрением на порок развития желудочно-кишечного тракта ребенок доставлен в приемное отделение хирургии детской больницы.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от матери 25 лет, от первой беременности, протекавшей без особенностей. Роды первые, срочные, на 38-39 неделе гестации. Вес при рождении – 3850 граммов, по шкале Апгар 8/9 баллов. Аудиоскрининг и неонатальный скрининг пройдены. Привит в роддоме по графику. Выписан домой в удовлетворительном состоянии на третьи сутки жизни.

### **Объективный статус**

Ребенку 1 мес. 10 дн. Вес 4100 граммов. При осмотре состояние ребенка средней степени тяжести. Не лихорадит. Активный. Энтеральную нагрузку усваивает в объеме 30 мл, сосет хорошо. Кожный покров чистый, бледно-розового цвета. Дыхание через нос, рот свободное. Частота дыхательных движений до 40 в 1 мин. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, проводится во все отделы симметрично с обеих сторон. Хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная. Тоны сердца выслушиваются на обычном месте, ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот не напряжен, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается аускультативно во всех отделах. Моча отходит самостоятельно в достаточном количестве, светлая, прозрачная. Стул желтого цвета, без патологических примесей.

### **Необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- плановом
- экстренном
- срочном
- отсроченном

### **Предполагаемый диагноз?**

- плановом
- экстренном
- срочном
- отсроченном

### **Диагноз**

#### **Учитывая диагноз ребенку показано**

- оперативное лечение после стабилизации состояния
- консервативное лечение
- оперативное лечение в 1 год
- оперативное лечение в экстренном порядке

### **В каком объеме показано оперативное лечение данному пациенту**

- торакотомия, пластика дефекта диафрагмы
- лапароскопическая гастропупплекция с иссечением грыжевого мешка
- наложение обходного гастроэнтероанастомоза с формированием гастростомы
- наложение кишечной стомы на уровне поперечной-ободочной кишки

**При грыже пищеводного отверстия диафрагмы на фоне отсутствия явных клинических симптомов показано проведение + \_\_\_\_\_ + оперативного лечения**

- планового
- отсроченного
- экстренного
- срочного

**При врожденной диафрагмальной грыже при выраженных респираторных и сердечно-сосудистых нарушениях применяют**

- дофаминомиметики (допамин)
- опиоидные наркотические анальгетики (фентанил)
- м-холинолитики (атропин)
- адрено- и симпатомиметики (адреналин)

**При аплазии диафрагмальных мышц при врожденной диафрагмальной грыже показано(а)**

- ушивание дефекта диафрагмы без низведения органов в брюшную полость
- применение пластического материала
- процедура Бианчи
- проведение гастропупплекции

**Трудности выхаживания детей с врожденной диафрагмальной грыжей связаны с наличием**

- аномалий развития желудочно-кишечного тракта
- недоразвития легочной ткани
- гипоплазии печени
- гастро-эзофагеального рефлюкса

**При ложных диафрагмально-плевральных или истинных больших диафрагмальных грыжах перед операцией пациенту выполняют**



- декомпрессию желудка
- энтеральную нагрузку в возрастном объеме
- проведение спинномозговой пункции
- проведение эзофагогастродуоденоскопии

**При диафрагмальной грыже с большим объемом грыжевого содержимого после операции у детей может длительно существовать**

- печеночная недостаточность
- гастро-эзофагеального рефлюкса
- гиперсаливация
- парез кишечника

**Результаты оперативного лечения диафрагмальной грыжи связаны с наличием сопутствующей**

- гипоплазии желудка
- патологии пищевода
- патологии трахеи
- гипоплазии легких

**При наличии ложной врожденной диафрагмальной грыжи операцией выбора является**

- гипоплазии желудка
- патологии пищевода
- патологии трахеи
- гипоплазии легких

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 2850 граммов, женского пола. Состояние после рождения удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре промежности определяется отсутствие анального отверстия.

### **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ во время беременности патологии выявлено не было.

Беременная наблюдалась в декретированные сроки. После рождения в связи с отсутствием анального отверстия на промежности вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Беременность 38-39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 2850 граммов. Длина 48 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 30 см. По шкале Апгар 9/10 баллов. Не привита. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. С рождения не кормилась, меконий не отходил.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Реагирует на осмотр беспокойством. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. Установлен назогастральный зонд, отходит слюна, без патологических примесей. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, правильно, определяется наружное отверстие уретры и вход во влагалище, дополнительные свищевые ходы не определяются. St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка не выражена, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицательный.

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования в данной ситуации является**

- гипоплазии желудка
- патологии пищевода
- патологии трахеи
- гипоплазии легких

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- гипоплазии желудка
- патологии пищевода
- патологии трахеи
- гипоплазии легких

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативная терапия
- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение по неотложным показаниям

### **Рекомендуемый объем оперативного лечения у данного пациента**

- выведение концевой сигмостомы
- низведение толстой кишки
- промежностная аноректопластика
- выведение отдельной сигмостомы

### **Ориентировочные сроки радикальной аноректопластики при этапной коррекции + \_\_\_\_ + месяца (ев) жизни ребенка**

- 4-5
- 2-3
- 6-7
- 9-10

### **В послеоперационном периоде после выведения колостомы препаратами выбора для антибактериальной терапии являются**

- синтетические пенициллины
- аминогликозиды
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения

### **После радикальной коррекции порока проведение бужирования неануса показано на + \_\_\_\_ + сутки**

- 15-18
- 10-14
- 21-24
- 5-7

**К основным принципам бужирования неонауса относится**

- постепенное нефорсированное увеличение диаметра бужа
- появление крови при бужировании
- форсированное увеличение диаметра бужа
- максимально ранняя отмена бужирования

**Показанием к закрытию колостомы после радикальной коррекции атрезии ануса является**

- срок после радикальной аноректопластики не менее 1 месяца
- после введения всех основных прикормов и отказе ребенка от грудного кормления
- возраст ребенка не младше 6 месяцев жизни
- достижение максимального возрастного бужа при бужировании неонауса

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики препаратами выбора для антибактериальной терапии являются Метронидазол в сочетании с**

- синтетическими пенициллинами
- цефалоспорины 1 поколения
- аминогликозидами
- цефалоспорины 3 поколения

**Максимальный возрастной буж в возрасте 1-4 месяца жизни ребенка является**

- 13
- 12
- 11
- 10

**К дополнительным методам обследования при аноректальной мальформации относится**

- 13
- 12
- 11
- 10

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Консультация детского хирурга на амбулаторном приеме.

## **Жалобы**

Со слов родителей, с рождения у ребенка отмечаются запоры. В настоящее время ребенку 8 мес.

## **Анамнез заболевания**

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3180 граммов, женского пола. Состояние после рождения удовлетворительное. В настоящее время ребенку 8 месяцев, с рождения у ребенка отмечаются запоры, самостоятельный стул 1 раз в 3-4 дня на фоне выраженного беспокойства ребенка. Проводилась коррекция питания, без эффекта.

## **Анамнез жизни**

Ребёнок от 2 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Беременность 38-39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3180 граммов. Длина 52 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 9/10 баллов. Привита по графику. Неонатальный и аудиоскрининг проведены. Меконий отошел на 2 сутки. Выписана из родильного дома на 4 сутки жизни.

## **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. На осмотр – беспокойство. Находится на искусственном вскармливании, прикорм по возрасту. Кожные покровы физиологической окраски. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в размере, вздут, мягкий, чувствительный при пальпации без четкой локализации. Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, правильно, определяется наружное отверстие уретры и вход во влагалище.

St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка не выражена, седалищные бугры сближены. При осмотре влагалища в преддверии определяется свищевое отверстие.

## **Необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- 13
- 12
- 11
- 10

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- 13
- 12
- 11
- 10

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз, в настоящее время ребенку показано**

- консервативная терапия
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное радикальное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение по неотложным показаниям

### **Рекомендуемый объем оперативного лечения данному пациенту**

- промежностная аноректопластика
- операция Свенсона
- выведение илеостомы
- отдельная сигмостомия

### **Ориентировочные сроки радикальной аноректопластики при атрезии ануса после выведения колостомы**

- одновременно с выведением стомы
- через 2-3 месяца
- при достижении возраста 12 месяцев
- после набора массы тела не менее 10 кг

### **Дополнительные методы обследования при различных вариантах аноректальных мальформаций**

- колоноскопия
- фистулография

- ультразвуковое исследование почек и мочевого пузыря
- гастродуоденоскопия
- статическая нефросцинтиграфия почек
- микционная цистоуретрография

**В послеоперационном периоде после выведения колостомы препаратами выбора для антибактериальной терапии являются**

- цефалоспорины 3 поколения
- синтетические пенициллины
- цефалоспорины 1 поколения
- аминогликозиды

**Проведение бужирования неануса после радикальной коррекции порока показано на + \_\_\_\_\_ + сутки**

- 10-14
- 15-18
- 5-7
- 8-9

**К принципам бужирования неануса относится**

- атравматичность и безболезненность
- появление крови при бужировании
- максимально ранняя отмена бужирования
- выполнение бужирования исключительно врачом

**Показанием к закрытию колостомы после радикальной коррекции атрезии ануса является**

- достижение максимального возрастного бужа при бужировании неануса
- после начала отхождения самостоятельного стула
- достижение ребенком возраста 6 месяцев
- срок через 6 месяцев после радикальной аноректопластики

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики препаратами выбора для антибактериальной терапии являются метронидазол в сочетании с**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пенициллинами

## **Максимальный возрастной буж в возрасте 8-12 месяцев является**

- аминогликозидами
- цефалоспоридами 3 поколения
- цефалоспоридами 1 поколения
- синтетическими пеницилинами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

Отсутствие анального отверстия у новорожденного мальчика.

### **Анамнез заболевания**

По данным ультразвукового исследования во время беременности патологии выявлено не было. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. После рождения в связи с отсутствием анального отверстия на промежности вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Беременность 39-40 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3850 грамм. Длина 52 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. С рождения не кормился, меконий не отходил.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. Установлен назогастральный зонд, отходит слюна, без патологических примесей. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей. Половые органы сформированы по мужскому типу,



правильно. Яички в мошонке S=D.

St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка не выражена, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицательный.

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования в данной ситуации является**

- аминогликозидами
- цефалоспоридами 3 поколения
- цефалоспоридами 1 поколения
- синтетическими пенициллинами

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- аминогликозидами
- цефалоспоридами 3 поколения
- цефалоспоридами 1 поколения
- синтетическими пенициллинами

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативная терапия
- оперативное лечение по неотложным показаниям

**Рекомендуемый объем оперативного лечения данному пациенту**

- брюшно-промежностная аноректопластика
- операция Диффенбаха
- выведение концевой сигмостомы
- раздельная колостомия

**Аноректопластику данному пациенту оптимально выполнить в возрасте**

- 6-7 месяцев
- 11-12 месяцев
- 2-3 лет
- 2-3 месяцев

**В послеоперационном периоде после выведения колостомы препаратами выбора для проведения антибактериальной терапии являются**

- гликопептидные антибиотики
- синтетические пенициллины
- аминогликозиды 1 поколения
- цефалоспорины 1 поколения

**При нормальном заживлении ануса после аноректопластики профилактическое бужирование проводят, начиная с**

- 3-4 дня
- 21-24 дней
- 10-14 дня
- 5-7 дня

**К основным принципам бужирования неоануса относится**

- форсированное увеличение диаметра бужа
- максимально ранняя отмена бужирования
- проведение процедуры под наркозом
- атравматичность и безболезненность

**После радикальной коррекции аноректального порока показанием к закрытию колостомы является**

- набор массы тела не менее 10 кг
- заживление послеоперационной раны на промежности
- достижение максимального возрастного бужа при бужировании неоануса
- возраст ребенка не меньше 6 месяцев

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики препаратами выбора для антибактериальной терапии являются сочетание метронидазола и**

- аминогликозидов 1 поколения
- цефалоспоринов 3 поколения
- цефалоспоринов 1 поколения
- синтетических пенициллинов

**Максимальный возрастной буж в возрасте 1-4 месяцев является**

- 12
- 11

- 13
- 10

**К дополнительным методам обследования при аноректальных пороках у мальчиков относится**

- 12
- 11
- 13
- 10

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в отделении патологии новорожденных.

### **Жалобы**

Со слов родителей, с рождения у ребенка выявлена атрезия ануса, запоры.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 2680 граммов, женского пола. Состояние после рождения удовлетворительное. Меконий отошел в первые сутки жизни. При осмотре промежности анальное отверстие в типичном месте не определяется, кпереди по средней линии определяется свищевое отверстие.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 5 беременности, 3 самостоятельных срочных родов. Беременность 38-39 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 2680 граммов. Длина 48 см, окружность головы 32 см, окружность грудной клетки 30 см. По шкале Апгар 9/10 баллов. Привита по графику. Неонатальный и аудиоскрининг проведены. Меконий отошел на первые сутки. В связи с гипербилирубинемией и пороком развития ребенок переведен в отделение патологии новорожденных.

### **Объективный статус**

Ребенку 7 суток жизни. Состояние средней степени тяжести. На осмотр реагирует спокойно. Находится на грудном вскармливании. Кожные покровы иктеричные. Склеры субиктеричные. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот

правильной формы, не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей. Наружные половые органы сформированы по женскому типу, правильно, определяется наружное отверстие уретры и вход во влагалище.

St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка сформирована, анальное отверстие в типичном месте не определяется, впереди по средней линии определяется свищевое отверстие.

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования в данной ситуации является**

- 12
- 11
- 13
- 10

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- 12
- 11
- 13
- 10

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- консервативная терапия
- оперативное лечение в неотложном порядке
- оперативное радикальное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке

**Рекомендуемый объем оперативного лечения данному пациенту**

- лапароскопически-ассистированное низведение толстой кишки
- выведение отдельной сигмостомы
- аноректопластика
- выведение концевой сигмостомы

**Ориентировочный возраст выполнения радикальной коррекции + \_\_\_\_ + месяца жизни**

- 10-12
- 6-8
- 1-2
- 3-4

**Дополнительные методы обследования при аноректальных мальформациях**

- колоноскопия
- рентгенография крестцово-копчиковой области, определение крестцового индекса
- эзофагогастродуоденоскопия
- статическая нефросцинтиграфия почек

**В послеоперационном периоде после выведения колостомы препаратами выбора антибактериальной терапии являются**

- аминогликозиды 1 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- синтетические пенициллины

**Проведение бужирования неоануса показано на + \_\_\_\_ + сутки после радикальной коррекции порока**

- 5-7
- 10-14
- 21-24
- 15-18

**К основным принципам бужирования неоануса относится**

- максимально ранняя отмена бужирования
- появление крови при бужировании
- быстрое увеличение диаметра бужа
- травматичность и безболезненность

**Показанием к закрытию колостомы после радикальной коррекции атрезии ануса является**

- возраст 6 месяцев после радикальной аноректопластики
- срок через 6 месяцев после радикальной аноректопластики
- достижение максимального возрастного бужа при бужировании неоануса

- срок через 1 месяц после радикальной аноректопластики

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики препаратами выбора антибактериальной терапии являются сочетание метронидазола с**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами
- цефалоспорины 3 поколения

**Максимальным возрастным бужом в возрасте 1-4 месяцев является**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами
- цефалоспорины 3 поколения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

У новорожденного 1 суток жизни при осмотре промежности определяется отсутствие анального отверстия.

### **Анамнез заболевания**

По данным УЗИ во время беременности патологии выявлено не было. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. После рождения в связи с отсутствием анального отверстия на промежности вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Беременность 39-40 недель, во время беременности патологии плода выявлено не было. Масса при рождении 3850 граммов. Длина 52 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 32 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. С рождения не кормился, меконий не отходил.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. Установлен назогастральный зонд, отходит слюна, без

патологических примесей. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча желто-зеленая, с примесью мекония. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D.

St. localis: анальное отверстие на промежности отсутствует, анальная ямка не выражена удовлетворительно, седалищные бугры сближены, анальный рефлекс сохранен

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования в данной ситуации является**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами
- цефалоспорины 3 поколения

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- аминогликозидами
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами
- цефалоспорины 3 поколения

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- консервативная терапия

### **Рекомендуемый объем оперативного лечения данному пациенту**

- лапароскопическое низведение толстой кишки
- промежностная аноректопластика
- операция Стоуна
- выведение отдельной сигмостомы

### **Радикальная аноректопластика при аноректальных пороках после выведения колостомы, рекомендована в возрасте ребенка + \_\_\_\_\_ + месяца/месяцев**

- 8-9
- 2-3
- 10-12
- 4-6

### **Дополнительным методом обследования при аноректальных пороках у мальчиков при отсутствии промежностного свища является**

- статическая нефросцинтиграфия почек
- ирригография
- микционная цистоуретрография
- эзофагогастродуоденоскопия

### **В послеоперационном периоде после выведения колостомы препаратами выбора антибактериальной терапии являются**

- цефалоспорины 3 поколения
- аминогликозиды 1 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетические пенициллины

### **Проведение бужирования неоануса показано на + \_\_\_\_\_ + сутки после радикальной коррекции порока**

- 15-18
- 21-24
- 10-14
- 5-7

### **К основным принципам бужирования неоануса относится**

- максимально ранняя отмена бужирования
- появление крови при бужировании
- быстрое увеличение диаметра бужа
- бужирование в течение длительного времени



**Показанием к закрытию колостомы после радикальной коррекции атрезии ануса является**

- достижение ребенком возраста 6 месяцев
- срок после радикальной аноректопластики не превышающий 1 месяца
- достижение ребенком возраста 12 месяцев
- достижение максимального возрастного бужа при бужировании неоануса

**В послеоперационном периоде после радикальной аноректопластики препаратами выбора антибактериальной терапии является комбинация метронидазола с**

- аминогликозидами 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пенициллинами

**Максимальный возрастной буж в возрасте 1-4 месяца является**

- аминогликозидами 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пенициллинами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в отделении патологии новорожденных.

### **Жалобы**

Изменения на рентгенограмме органов грудной клетки. Активных жалоб нет.

### **Анамнез заболевания**

Состояние при рождении тяжелое, обусловлено явлениями дыхательной недостаточности вследствие респираторного дистресс-синдрома, угнетения центральной нервной системы, задержки внутриутробного развития. Ребенок интубирован и переведен на искусственную вентиляцию легких. С 4 суток жизни на самостоятельном дыхании. Энтеральное питание с постепенным расширением объема с первых суток жизни. После стабилизации состояния ребенок переведен в отделение патологии новорожденных для дальнейшего выхаживания. В настоящее время дыхательной недостаточности нет. При выполнении планового обследования на рентгенографии органов грудной клетки заподозрен порок развития диафрагмы.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, фето-плацентарной недостаточности, от первых преждевременных оперативных родов на 35 неделе гестации. Масса тела при рождении 1900г, оценка по шкале Апгар 5/6 баллов.

### **Объективный статус**

Ребенку 1 месяц 20 дней. Вес 2900г. При осмотре состояние ребенка средней степени тяжести. Не лихорадит. Активный. Энтеральную нагрузку усваивает, сосет хорошо, не срыгивает. Кожный покров чистый, бледно-розового цвета. Дыхание через нос, рот свободное. Частота дыхательных движений до 40 в 1 мин. Аускультативно дыхание в легких пуэрильное, проводится во все отделы симметрично с обеих сторон. Хрипов нет. Сердечная деятельность удовлетворительная. Тоны сердца выслушиваются на обычном месте, ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот не напряжен, мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается аускультативно во всех отделах. Моча отходит самостоятельно в достаточном количестве, светлая, прозрачная. Стул желтого цвета, без патологических примесей.

### **Необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- аминогликозидами 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами

### **Результаты обследования**

#### **Предполагаемый диагноз**

- аминогликозидами 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- цефалоспорины 1 поколения
- синтетическими пеницилинами

### **Диагноз**

#### **Учитывая диагноз, ребенку показано**

- консервативное лечение и динамическое наблюдение
- оперативное лечение после 5 лет
- оперативное лечение в плановом порядке

- оперативное лечение в экстренном порядке

**Лапароскопическая коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, при нормальной структуре мышечного компонента диафрагмы, включает в себя**

- эзофагокардиомиотомию с проксимальной ваготомией
- пластику дефекта сетчатым имплантом
- иссечение грыжевого мешка
- пилоромиотомию по Фреду-Рамштедту

**При грыже пищеводного отверстия диафрагмы на фоне отсутствия явных клинических симптомов показано проведение + \_\_\_\_\_ + оперативного лечения**

- планового
- отсроченного
- срочного
- экстренного

**При врожденной диафрагмальной грыже с выраженными респираторными и сердечно-сосудистыми нарушениями показано применение**

- опиоидных наркотических анальгетиков (фентанила)
- адрено- и симпатомиметиков (адреналина)
- м-холинолитиков (атропин)
- дофаминомиметиков (допамина)

**При аплазии диафрагмальных мышц при врожденной диафрагмальной грыже показано(а)**

- процедура Бианчи
- проведение гастропундопликации
- пластика диафрагмы синтетическим материалом
- ушивание дефекта диафрагмы без низведения органов в брюшную полость

**Трудности выхаживания детей с врожденной диафрагмальной грыжей связаны с наличием**

- гастро-эзофагеального рефлюкса
- недоразвития легочной ткани
- аномалий развития желудочно-кишечного тракта
- гипоплазии печени

**Предоперационная подготовка при врожденной диафрагмальной грыже включает**

- энтеральную нагрузку в возрастном объеме
- проведение спинномозговой пункции
- декомпрессию желудка
- колоноскопию

**У детей с данной патологией в послеоперационном периоде на фоне повышения внутрибрюшного давления сохраняется**

- печеночная недостаточность
- парез кишечника
- гастро-эзофагеальный рефлюкс
- гиперсаливация

**При врожденной диафрагмальной грыже результаты оперативного лечения связаны с наличием сопутствующей**

- гипоплазии желудка
- гипоплазии легких
- патологии пищевода
- патологии трахеи

**При наличии ложной врожденной диафрагмальной грыжи операцией выбора является**

- гипоплазии желудка
- гипоплазии легких
- патологии пищевода
- патологии трахеи

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию детского хирурга на амбулаторном приеме обратились родители девочки 6 лет 8 месяцев.

### **Жалобы**

на

- \* вынужденное положение головы,
- \* ограничение движений в шейном отделе позвоночника,
- \* нарушение осанки.

### **Анамнез заболевания**

В возрасте 1 месяца родители заметили утолщение на шее слева. Был проведен 1 курс физиотерапии и массажа. В области утолщения сформировалось уплотнение. После года появились жалобы на вынужденное положение головы, ограничение движений в шейном отделе позвоночника. Было проведено 2 курса физиотерапии и массажа с эффектом. В возрасте 6 лет на фоне активного роста ребенка, родители стали отмечать выраженную асимметрию шеи, нарушение осанки, прогрессирующий наклон головы влево.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне железодефицитной анемии. Роды физиологические в срок. Ягодичное предлежание.

\* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.

\* Наследственный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Соматически ребенок здоров.

\* Локальный статус: \* положение головы - вынужденное с наклоном влево.

Слева при пальпации контурируется болезненный тяж грудинно-ключично-сосцевидной мышцы булавовидной формы 2х2 см. Отмечается асимметрия стояния лопаток, нарушение осанки. Отмечается деформация и укорочение ключицы слева. Объем движений в суставах верхних конечностей, тазобедренных и коленных суставах полный. Гемодинамических и неврологических расстройств не выявлено.

### **Для уточнения диагноза следует провести**

- электромиографию
- рентгенографию шейного отдела позвоночника
- УЗИ мягких тканей шеи
- обзорную рентгенографию органов грудной клетки

**На рентгенограмме шейного отдела позвоночника убедительных данных за наличие добавочных шейных ребер, клиновидных позвонков нет.**

### **Предполагаемый основной диагноз**

- электромиографию
- рентгенографию шейного отдела позвоночника
- УЗИ мягких тканей шеи
- обзорную рентгенографию органов грудной клетки

### **Диагноз**

**В данном случае ребенку показано**

- миотомия по Микуличу
- миопластика методом встречных треугольных лоскутов
- пластическое удлинение грудино-ключично-сосцевидной мышцы
- z-образное удлинение грудинной ножки мышцы

**При выполнении упражнений корригирующей гимнастики при данном заболевании следует выполнять следующее упражнение**

- поворачивать голову в здоровую сторону до первого беспокойства ребенка
- наклонять голову в здоровую сторону с наклоном вниз
- поворачивать голову в здоровую сторону с наклоном вниз и поворотом в больную сторону
- наклонять голову в здоровую сторону с одновременным поворотом в больную

**На первом году жизни ребенка при данном заболевании рекомендовано проводить + \_\_\_\_\_ + курса(-ов) физиотерапии с массажем**

- 6
- 10
- 2
- 4

**На втором году жизни ребенка в данном случае рекомендовано проводить + \_\_\_\_\_ + курса(-ов) физиотерапии с массажем**

- 6-8
- 2-3
- 8-10
- 4-5

**При неэффективности консервативного лечения оперативное лечение рекомендовано с возраста + \_\_\_\_\_ + года/лет**

- 3
- 1
- 5
- 2

**В послеоперационном периоде после выполнения пластического удлинения грудино-ключично-сосцевидной мышцы пациенту рекомендовано**

- ношение корригирующего ватно-марлевого воротника 1-2 месяца в положении гиперкоррекции
- ведение обычного образа жизни
- проведение лечебной физкультуры 3 раза в неделю в течение 2-3 месяцев
- ношение пластикового корригирующего воротника в положении гиперкоррекции 2-3 месяца

**Оставленная без лечения, кривошея прогрессирует и может привести к асимметрии лицевого скелета, при этом размер лица пораженной стороны**

- не меняется, противоположной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- растет более прогрессивно до трех лет, после уменьшается вертикально по сравнению со здоровой частью лица

**При дифференциальной диагностике врожденной мышечной кривошеи выявляемое в начале заболевания утолщение мышцы исчезает на + \_\_\_\_ + месяце жизни ребенка**

- 1-3
- 14-18
- 4-8
- 9-12

**После года клиническими проявлениями врожденной мышечной кривошеи являются**

- наклон головы в противоположную сторону
- наклон головы в пораженную сторону
- наклон головы в пораженную сторону и одновременно ее поворот в противоположную
- наклон головы в сторону противоположную стороне поражения и одновременно ее поворот в пораженную

**Осложнением пластического удлинения грудино-ключично-сосцевидной мышцы является**

- наклон головы в противоположную сторону
- наклон головы в пораженную сторону
- наклон головы в пораженную сторону и одновременно ее поворот в противоположную

- наклон головы в сторону противоположную стороне поражения и одновременно ее поворот в пораженную

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию детского хирурга на амбулаторном приеме обратились родители мальчика двух недель.

### **Жалобы**

на

- \* утолщение в области шеи справа.

### **Анамнез заболевания**

Утолщение на шее родители заметили накануне и сразу решили обратиться к врачу.

### **Анамнез жизни**

- \* Мальчик от первой беременности. Роды физиологические в срок. Ягодичное предлежание.
- \* Наследственный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Соматически ребенок здоров.

\* Локальный статус: \* голова по средней линии. В нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа пальпируется утолщение булавовидной формы 2х2 см. Консистенция утолщения плотная. Легко смещается вместе с мышцей, без признаков воспаления. Ограничений движений в шейном отделе позвоночника не отмечается. Надплечья, углы лопаток расположены на одном уровне. Лицо симметрично. При осмотре по другим системам органов патологии не выявлено.

### **Для дифференциальной диагностики следует провести обследование**

- эхокардиографию
- рентгенографию шейного отдела позвоночника
- денситометрию
- обзорную рентгенографию грудной клетки

### **Предполагаемый диагноз**

- эхокардиографию
- рентгенографию шейного отдела позвоночника
- денситометрию



- обзорную рентгенографию грудной клетки

## **Диагноз**

### **Данному пациенту следует назначить**

- консервативное лечение с 4-х недель
- экстренное хирургическое лечение
- плановое хирургическое лечение в возрасте 6 месяцев
- консервативное лечение со дня обращения

### **При выполнении упражнений корригирующей гимнастики при данном заболевании**

- наклоняют голову в больную сторону с одновременным поворотом в больную сторону
- наклоняют голову в здоровую сторону с одновременным поворотом в здоровую сторону
- наклоняют голову в здоровую сторону с одновременным поворотом в больную
- наклоняют голову в больную сторону с одновременным поворотом в здоровую

### **На первом году жизни ребенка в данном случае рекомендовано проводить + \_\_\_\_\_ + курс (-а/ -ов) физиотерапии с массажем**

- 10
- 5-6
- 4
- 1

### **На втором году жизни ребенка в данном случае рекомендовано проводить + \_\_\_\_\_ + курса (-ов) физиотерапии с массажем**

- 8-10
- 4-5
- 6-8
- 2-3

### **Пластическое удлинение грудино-ключично-сосцевидной мышцы показано детям старше + \_\_\_\_ + лет**

- 4-6
- 2-3

- 7-8
- 9-10

**Операцией выбора для лечения врожденной мышечной кривошеи у детей с 11-12 месяцев является**

- z-образное удлинение ключичной ножки мышцы
- миотомия по Волковичу
- миотомия по Микуличу
- z-образное удлинение грудинной ножки мышцы

**Оставленная без лечения кривошея прогрессирует и формирует следующие клинические проявления - диспропорции лицевого скелета**

- размер лица противоположной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- размер лица противоположной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица пораженной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица пораженной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально

**При дифференциальной диагностике врожденной мышечной кривошеи выявляемое в начале заболевания утолщение мышцы максимально увеличивается на + \_\_\_\_ + неделе жизни ребенка**

- 9-10
- 3-4
- 7-8
- 5-6

**После года клиническими проявлениями врожденной мышечной кривошеи являются**

- наклон головы в пораженную сторону и одновременно ее поворот в противоположную
- наклон головы в противоположную сторону без поворота
- наклон головы в пораженную сторону без поворота
- наклон головы в сторону противоположную стороне поражения и одновременно ее поворот в пораженную

**Не диагностированная своевременно, деформация прогрессирует, особенно в период после + \_\_\_\_ + лет**

- наклон головы в пораженную сторону и одновременно ее поворот в противоположную
- наклон головы в противоположную сторону без поворота
- наклон головы в пораженную сторону без поворота
- наклон головы в сторону противоположную стороне поражения и одновременно ее поворот в пораженную

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию детского хирурга на амбулаторном приеме обратились родители мальчика 1 месяца.

### **Жалобы**

на

\* наличие утолщения в области шеи справа.

### **Анамнез заболевания**

Утолщение на шее родители заметили в начале третьей недели жизни ребенка.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от третьей беременности, протекавшей на фоне железодефицитной анемии. Роды физиологические в срок. Ягодичное предлежание.

\* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.

\* Наследственный анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Соматически ребенок здоров.

\* Локальный статус: \* голова по средней линии. В средней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа пальпируется утолщение булавовидной формы 2x2 см плотной консистенции. Легко смещается вместе с мышцей, без признаков воспаления. При осмотре по другим системам органов патологии не выявлено.

### **Предполагаемый основной диагноз**

- наклон головы в пораженную сторону и одновременно ее поворот в противоположную
- наклон головы в противоположную сторону без поворота
- наклон головы в пораженную сторону без поворота
- наклон головы в сторону противоположную стороне поражения и одновременно ее поворот в пораженную

## **Диагноз**

**Анамнестическим фактором, имеющим отношение к постановке диагноза, является**

- мужской пол ребенка
- ребенок от третьей беременности
- ягодичное предлежание
- беременность на фоне железодефицитной анемии

**После года клиническими проявлениями заболевания являются**

- наклоном головы в противоположную сторону
- наклоном головы в пораженную сторону и одновременно ее поворотом в противоположную
- наклоном головы в пораженную сторону
- наклоном головы в противоположную сторону и одновременно ее поворотом в пораженную

**Консервативное лечение следует начинать с возраста**

- 14 недель
- 2 недель
- 8 недель
- 6 недель

**При выполнении упражнений корригирующей гимнастики при данном заболевании: наклоняют голову**

- в здоровую сторону с одновременным поворотом в больную
- в больную сторону с одновременным поворотом в больную сторону
- вперед с одновременным поворотом в здоровую сторону
- в больную сторону с одновременным отведением назад

**На первом году жизни ребенка в данном случае рекомендовано проводить +\_\_+ курса физиотерапии с массажем**

- 8
- 2
- 6
- 4

**На втором году жизни ребенка в данном случае рекомендовано проводить +\_\_\_\_\_+ физиотерапии с массажем**

- 8-9 курсов
- 2-3 курса
- 6-7 курсов
- 4-5 курсов

**В случае врожденной мышечной кривошеи утолщение мышцы исчезает к + \_\_\_ + месяцу жизни ребенка**

- 9-12
- 1-3
- 14-18
- 4-8

**При неэффективности консервативного лечения, оперативное лечение рекомендовано с возраста + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 2-3
- 11-12
- 4-6
- 7-9

**Операцией выбора для лечения врожденной мышечной кривошеи является**

- миотомия по Волковичу
- миотомия по Микуличу
- z-образное удлинение грудинной ножки мышцы
- z-образное удлинение ключичной ножки мышцы

**Оставленная без лечения кривошея прогрессирует и формирует следующие клинические диспропорции лицевого скелета**

- размер лица противоположной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- размер лица пораженной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица противоположной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица пораженной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально

**Не диагностированная своевременно деформация прогрессирует, особенно в период после + \_\_\_ + лет**

- размер лица противоположной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- размер лица пораженной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица противоположной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица пораженной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение доставлен ребенок 3 лет.

### Жалобы

на

- \* выраженную одышку,
- \* посинение носогубного треугольника,
- \* подъем температуры тела.

### Анамнез заболевания

Заболел 1,5 недели назад, когда появился насморк, кашель, подъем температуры до фебрильных цифр. Лечился у педиатра по месту жительства, в связи с сохраняющейся лихорадкой и появлением кашля с обильной пенистой мокротой через 1 неделю после начала заболевания выполнена рентгенография органов грудной клетки, поставлен диагноз левосторонняя нижнедолевая пневмония, назначена антибактериальная терапия, на этом фоне существенной динамики не отмечено, сохранялась высокая лихорадка. За час до поступления состояние ребенка резко ухудшилось, возникла одышка, цианоз, температура тела повысилась до 40°C, бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение.

### Анамнез жизни

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 родов на 32 неделе.
- \* Привит по индивидуальному календарю, относится к группе часто болеющих.
- \* Аллергоанамнез не отягощен.

### Объективный статус

\*При осмотре:\* состояние тяжелое. Рост 95 см, вес 11 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные, имеется цианоз носогубного треугольника. Лихорадит 39,5°C. Выраженная одышка, ребенок на дотации кислорода через носовые канюли, аускультативно слева дыхание не выслушивается, справа жесткое, проводится во все отделы с обилием хрипов. Тоны сердца звучные,

ритмичные, смещены вправо. Частота сердечных сокращений 140 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

\*В периферической крови:\* гемоглобин 100 г/л (норма 120-155 г/л), эритроциты  $4,0 \times 10^{12}/л$  ( $4,1-5,1 \times 10^{12}/л$ ), гематокрит 30% (36-46%), лейкоциты  $28,0 \times 10^9/л$  ( $4,5-11,5 \times 10^9/л$ ), нейтрофилы 83% (43-65%), моноциты 8.3% (3-9%), эозинофилы 2% (1-5%), лимфоциты 32,2%(29-45%), тромбоциты  $268 \times 10^9/л$  ( $150-440 \times 10^9/л$ ), СОЭ 40 мм/час (2-20 мм/час).

**В условиях приемного отделения для постановки диагноза и определения тактики лечения в первую очередь необходимо выполнить**

- размер лица противоположной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально
- размер лица пораженной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица противоположной стороны увеличивается вертикально и уменьшается горизонтально
- размер лица пораженной стороны уменьшается вертикально и увеличивается горизонтально

**Результаты обследования**

**В экстренном порядке в данном случае может также быть**

- проведена бронхоскопия
- проведено УЗИ плевральных полостей
- проведена сцинтиграфия легких
- проведена магнитно-резонансная томография

**Предполагаемый диагноз**

- проведена бронхоскопия
- проведено УЗИ плевральных полостей
- проведена сцинтиграфия легких
- проведена магнитно-резонансная томография

**Диагноз**

**Дыхательные расстройства у данного пациента обусловлены**

- коллабированием левого легкого
- развитием сердечной недостаточности

- сдавлением сердца и крупных сосудов
- обструкцией дыхательных путей

**Неотложные мероприятия в данном случае заключаются в выполнении**

- дренирования плевральной полости
- санационной бронхоскопии
- диагностической торакотомии
- диагностической торакоскопии

**При проведении плевральной пункции в данном случае вероятнее всего получить**

- хилезную жидкость
- кровь
- воздух и гной
- серозную жидкость

**Пункцию в данном случае следует проводить в + \_\_\_\_ + межреберье**

- 3-4
- 1-2
- 7-8
- 5-6

**В отсутствии полного расправления легкого при условии нормальной работы плеврального дренажа показана следующая тактика лечения**

- динамическое наблюдение
- подключение активной аспирации
- торакоскопия в экстренном порядке
- установка второго дренажа

**Плевральная пункция проводится в 3-4 межреберье по + \_\_\_\_\_ + ребра**

- нижнему краю вышележащего
- верхнему краю нижележащего
- нижнему краю нижележащего
- в середине межреберного промежутка

**В случае сохранения сброса воздуха по дренажу и неэффективности активной аспирации показана следующая тактика**

- выполнение торакотомии



- выполнение торакоскопии
- выжидательная тактика
- повторное дренирование

**Рентгенографию органов грудной клетки в данном случае, необходимо проводить в следующем положении**

- вертикальном
- горизонтально
- на здоровом боку
- Тренделенбурга

**В отдаленном периоде в данном случае может возникнуть следующее осложнение**

- вертикальном
- горизонтально
- на здоровом боку
- Тренделенбурга

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К детскому хирургу на прием в поликлинику пришла мама с ребенком 2 лет.

### **Жалобы**

на

- \* затяжной влажный кашель (более 2-х недель),
- \* одышку при умеренной физической нагрузке,
- \* повышение температуры тела,
- \* слабость,
- \* вялость.

### **Анамнез заболевания**

Около 2-х недель назад во время приема пищи, на фоне полного здоровья, возник приступ сильного кашля, одышки с цианозом, который прошел самостоятельно. В последующие дни у ребенка отмечались приступы сухого кашля, через 2 дня кашель приобрел влажный характер, стали отмечаться подъемы температуры тела, родители отметили появления одышки при умеренной нагрузке, слабость, вялость ребенка.

### **Анамнез жизни**

- \* Мать ребенка страдает бронхиальной астмой, отец здоров.

\* Ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов на 39 неделе, путем экстренного кесарева сечения в связи с острой гипоксией плода.

\* Не привит, в связи с отказом родителей.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок нормального телосложения. Рост 84 см, вес 12 кг. Температура 38,0°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – слева пуэрильное, справа жесткое с обилием влажных хрипов, частота дыхания 35 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **Обстоятельство в анамнезе, которое помогает заподозрить наличие хирургической патологии**

- дебют с приступа кашля и одышки с цианозом во время приема пищи
- появления приступов сухого кашля, которые затем сменились влажным кашлем
- появление одышки при физической нагрузке
- отсутствие профилактических прививок, в том числе от коклюша

### **Инструментальные методы диагностики, которые следует выполнить в данном случае в первую очередь**

- дебют с приступа кашля и одышки с цианозом во время приема пищи
- появления приступов сухого кашля, которые затем сменились влажным кашлем
- появление одышки при физической нагрузке
- отсутствие профилактических прививок, в том числе от коклюша

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Предполагаемый основной диагноз**

- дебют с приступа кашля и одышки с цианозом во время приема пищи
- появления приступов сухого кашля, которые затем сменились влажным кашлем
- появление одышки при физической нагрузке
- отсутствие профилактических прививок, в том числе от коклюша

## **Диагноз**

**Дополнительный метод инструментальной диагностики, который может быть использован в данном случае**

- рентген с контрастным веществом
- компьютерная томография
- сцинтиграфия легких
- оценка функции внешнего дыхания

**В данном случае необходимо провести дифференциальную диагностику с**

- ложным крупом
- пороком развития легкого
- трахео-пищеводным свищом
- врожденным пороком сердца

**Основным методом лечения в данном случае является**

- торакотомия, удаление инородного тела
- торакоскопия
- бронхоскопия, удаление инородного тела
- трахеотомия

**Дополнительным методом лечения, применяемом в данном случае является**

- антибактериальная терапия
- парентеральное питание
- назначение антирефлюксной и антисекреторной терапии
- бужирование пищевода

**Хирургическое вмешательство (торакоскопия/торакотомия) при инородных телах дыхательных путей показано в случае**

- миграции инородного тела в паренхиму легкого
- при наличии признаков пневмонии
- при длительном нахождении инородного тела
- при наличии выраженной дыхательной недостаточности

**Наиболее опасными в плане возникновения осложнений при попадании в дыхательные пути являются + \_\_\_\_\_ + инородные тела**

- пластиковые
- магнитные
- металлические

- органические

**В отдаленном периоде после удаления длительно стоящего (особенного органического) инородного тела из просвета дыхательных путей следует опасаться**

- формирования свища
- рубцового стеноза бронха
- формирования абсцесса легкого
- стойкого пареза гортани

**Инородные тела дыхательных путей чаще всего локализуются в**

- промежуточном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе
- сегментарном бронхе

**При обследовании детей с подозрением на наличие инородного тела дыхательных путей неинформативно применение**

- промежуточном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе
- сегментарном бронхе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение доставлен мальчик 9 лет.

### **Жалобы**

на

\* одышку в покое.

### **Анамнез заболевания**

Сегодня во время урока ребенок вдохнул колпачок от шариковой ручки, отмечался сильный кашель, который прошел самостоятельно, затем у ребенка возникла одышка в покое, бригадой скорой медицинской помощи доставлен в приемное отделение.

### **Анамнез жизни**

\* Мать ребенка страдает сахарным диабетом 2 типа, отец здоров.

\* Ребёнок от 1 беременности, 1 срочных родов, ранее развитие без

особенностей.

\* Привит по календарю.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок нормального телосложения. Рост 150 см, вес 35 кг. Температура 36,7°C. Кожный покров и видимые слизистые чистые, имеется цианоз носогубного треугольника. Левая половина грудной клетки вздута. Дыхание через нос свободное, аускультативно – слева везикулярное, справа не выслушивается, частота дыхания 45 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет, смещены вправо. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **В первую очередь при поступлении ребенка в стационар необходимо выполнить**

- промежуточном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе
- сегментарном бронхе

### **На представленной рентгенограмме органов грудной клетки имеются изменения соответствующие**

- ателектазу левого легкого
- пневмотораксу справа
- пневмотораксу слева
- ателектазу правого лёгкого

### **По данным проведенной рентгенографии у ребенка имеется инородное тело дыхательных путей с локализацией в**

- сегментарных бронхах
- главном левом бронхе
- главном правом бронхе
- промежуточном бронхе

### **В данном случае по экстренным показаниям необходимо выполнение**

- бронхоскопии
- сцинтиграфии лёгких
- бронхографии

- компьютерной томографии

**Основным методом лечения в данном случае является**

- торакотомия
- торакоскопия
- ригидная бронхоскопия
- эзофагоскопия

**В данном случае необходимо проводить дифференциальную диагностику с**

- стенозом трахеи
- приступом бронхиальной астмы
- инородным телом пищевода
- врожденным пороком сердца

**В данном случае обосновано назначение + \_\_\_\_\_ +  
терапии**

- антисекреторной
- десенсебилизирующей
- антибактериальной
- антирефлюксной

**Хирургическое вмешательство (торакоскопия/торакотомия) показано при**

- наличии признаков пневмонии
- длительном нахождении инородного тела
- миграции инородного тела в паренхиму легкого
- наличии выраженной дыхательной недостаточности

**Наиболее опасными в плане возникновения осложнений при попадании в  
дыхательные пути являются + \_\_\_\_\_ + инородные тела**

- магнитные
- органические
- пластиковые
- металлические

**В отдаленном периоде после удаления длительно стоящего (особенного  
органического) инородного тела из просвета дыхательных путей следует  
опасаться**

- формирования свища
- рубцового стеноза

- формирования абсцесса легкого
- пареза гортани

**Инородные тела дыхательных путей чаще всего локализуются в**

- промежуточном бронхе
- сегментарном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе

**При обследовании детей с подозрением на наличие инородного тела дыхательных путей малоинформативным считается следующий метод диагностики**

- промежуточном бронхе
- сегментарном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась мать с ребенком 2 лет.

### **Жалобы**

на

- \* тошноту,
- \* слюнотечение,
- \* отказ от еды,
- \* беспокойство.

### **Анамнез заболевания**

2 часа назад во время игры ребенок положил в рот дисковую батарейку, возник небольшой кашель, затем рвотные позывы, слюнотечение. В дальнейшем ребенок стал беспокойным, отказывается от еды, слюнотечение усилилось.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок нормального телосложения. Рост 84 см, вес 12 кг. Температура 37,5°C. Имеется гиперсаливация. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное,

аускультативно-пуэрильное, с небольшим количество проводных хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **В первую очередь ребенку необходимо выполнить**

- промежуточном бронхе
- сегментарном бронхе
- правом главном бронхе
- левом главном бронхе

### **Результаты обследования**

#### **В данном случае также необходимо выполнение**

- трахеобронхоскопии
- фиброэзофагоскопии
- УЗИ брюшной полости
- рентгенографии органов брюшной полости

### **Предполагаемый диагноз**

- трахеобронхоскопии
- фиброэзофагоскопии
- УЗИ брюшной полости
- рентгенографии органов брюшной полости

### **Диагноз**

**Врачебная тактика при отсутствии патологии по данным рентгенографии и сохранении у ребенка вышеуказанных жалоб заключается в**

- повторной рентгенографии через сутки
- выполнении эзофагоскопии в экстренном порядке
- выполнении компьютерной томографии
- динамическом наблюдении

### **Тактика лечения в данном случае**

- наблюдение с выполнением контрольных рентгенологических снимков и контролем стула
- удаление инородного тела щипцами вслепую



- эзофагогастроскопия, удаление инородного тела в экстренном порядке
- попытка протолкнуть инородное тело в желудок

**При проглатывании батарейки возможно развитие такого осложнения как**

- трахео-пищеводный свищ
- острая дыхательная недостаточность
- аспирация пищей и слюной
- острая почечно-печеночная недостаточность

**Дальнейшая тактика при извлечении из пищевода инородного тела (монеты) и отсутствия у ребенка жалоб состоит в**

- выписке из стационара
- контрольной ФЭГДС через 1 неделю
- контрольной ФЭГДС через 1 месяц
- рентгенографии с контрастным веществом

**Дальнейшая тактика при извлечении из пищевода инородного тела (батарейки) и отсутствии у ребенка жалоб состоит в**

- проведении компьютерной томографии
- выписке из стационара
- контрольной фиброэзофагогастроскопии
- наложении гастростомы для кормления

**Лечебная тактика при обнаружении инородного тела (батарейки) в проекции желудка по данным рентгенографии состоит в**

- лапаротомии, удалении инородного тела
- наблюдении, рентгенографии в динамике, контроле стула
- экстренной эзофагогастродуоденоскопии
- полном энтеральном покое и назначении слабительных препаратов

**После удаления инородного тела из пищевода (батарейки) через 3 недели у ребенка возникла дисфагия при употреблении твердой кусковой пищи в первую очередь следует думать о**

- медиастините
- трахео-пищеводном свище
- стенозе
- перфорации

**Чаще инородные тела пищевода застревают в \_\_\_+ физиологическом сужении пищевода**

- 3
- 2
- 1
- 4

**При инородных телах пищевода выполнение компьютерной томографии показано**

- 3
- 2
- 1
- 4

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение обратилась мать с ребенком 1,5 лет.

### **Жалобы**

на

- \* тошноту,
- \* слюнотечение,
- \* отказ от еды,
- \* беспокойство.

### **Анамнез заболевания**

3 часа назад во время игры с картонными коробками, возник небольшой кашель, затем рвотные позывы, слюнотечение. В дальнейшем ребенок стал беспокойным, отказывается от еды, слюнотечение усилилось.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.
- \* Аллергоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок нормального телосложения. Рост 82 см, вес 11000 г. Температура 37,0°C. Имеется гиперсаливация. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно-пуэрильное, с небольшим количеством проводных хрипов. Тоны

сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

**В первую очередь ребенку необходимо выполнить**

- 3
- 2
- 1
- 4

**Результаты обследования**

**В данном случае необходимо дополнительно выполнить**

- рентгеноскопию пищевода с контрастом
- бронхоскопию
- компьютерную томографию
- УЗИ органов брюшной полости

**Предполагаемым диагнозом является инородное тело с локализацией в**

- рентгеноскопию пищевода с контрастом
- бронхоскопию
- компьютерную томографию
- УЗИ органов брюшной полости

**Диагноз**

**Дальнейшая тактика заключается в**

- выполнении фиброэзофагоскопии
- динамическом наблюдении
- выполнении рентгенографии в динамике
- проведении пассажа бария по кишечнику

**Тактика лечения в данном случае заключается в**

- выполнении санационной и диагностической бронхоскопии
- стимуляции рвотного позыва и промывании желудка
- эзофагогастроскопии, удалении инородного тела
- наблюдении с выполнением контрольных рентгенологических снимков и контролем стула

**К формированию трахео-пищеводного свища могут приводить следующие инородные тела**

- батарейки
- булавки
- монеты
- магниты

**Дальнейшая тактика при извлечении из пищевода инородного тела (монеты) и отсутствия у ребенка жалоб заключается в**

- контрольной эзофагогастродуоденоскопии
- выписке из стационара
- рентгенографии с контрастным веществом
- назначении специфической терапии

**Дальнейшая тактика при извлечении из пищевода инородного тела (батарейки) и отсутствии у ребенка жалоб, контрольную эзофагогастроскопию проводят через +\_+ дней**

- 5
- 10
- 7
- 14

**В данном случае при проваливании инородного тела в желудок показана следующая тактика**

- лапаротомия, удаление инородного тела
- наблюдение в динамике, контроль стула
- эзофагогастродуоденоскопия в экстренном порядке
- рентгенография с контрастным веществом

**В данном случае отсутствие изменений на обзорной рентгенограмме обусловлено**

- рентгеннегативностью инородного тела
- неправильным выбором метода диагностики
- погрешностью в выполнении исследования
- проваливанием инородного тела в желудке

**Инородные тела пищевода чаще всего задерживаются в +\_+ физиологическом сужении пищевода**

- 2
- 1
- 4
- 3

**При наличии инородных тел пищевода выполнение компьютерной томографии показано при**

- 2
- 1
- 4
- 3

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденного ребенка детским хирургом в отделении реанимации.

### **Жалобы**

У ребенка дыхательная недостаточность, невозможность снять ребенка с аппарата ИВЛ.

### **Анамнез заболевания**

После рождения состояние ребенка с отрицательной динамикой, выросла одышка, цианоз, ребенок был интубирован и переведен на ИВЛ, параметры ИВЛ в динамике ужесточались, появились явления сердечной недостаточности, которые потребовали кардиотонической поддержки.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 1 беременности, 1 срочных оперативных родов в связи с неполным ягодичным предлежанием.

\* Во время беременности мать ребенка не наблюдалась в женской консультации, неонатальный скрининг не проводился.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* состояние ребенка тяжелое. На ИВЛ. Длина тела 50 см, вес 2500 г. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Грудная клетка асимметрична, левая половина выбухает, в экскурсии не участвует, аускультативно слева дыхание не выслушивается. Тоны сердца смещены вправо. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, запавший, ладьевидный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

## **Методы инструментальной диагностики, которые показаны данному пациенту для постановки диагноза**

- 2
- 1
- 4
- 3

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Дополнительным методом диагностики, который может быть информативным при затруднении в постановке диагноза в данном случае, является**

- манометрия
- эзофагогастродуоденоскопия
- компьютерная томография
- ангиография

## **Предполагаемый диагноз**

- манометрия
- эзофагогастродуоденоскопия
- компьютерная томография
- ангиография

## **Диагноз**

**Наиболее характерные для данной патологии симптомы, которые обращают на себя внимание при осмотре пациента в данном случае**

- быстрое развитие дыхательной недостаточности
- выбухание и отсутствие экскурсии одной половины грудной клетки
- присоединение явлений сердечной недостаточности
- цвет кожных покровов

**Основной метод лечения в данном случае заключается в оперативном низведении органов в брюшную полость и**

- гастроплюксии по Ниссену
- пластике купола диафрагмы
- выведении гастростомы по Кадеру
- внеслизистой пилоромиотомии

**В данном случае оперативное лечение проводится**

- в срочном порядке по стабилизации состояния пациента
- в плановом порядке в возрасте полугода
- внутриутробно
- при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение двух месяцев

**Основной фактор определяющий прогноз в послеоперационном периоде в данном случае**

- наличие сочетанных пороков развития
- масса ребенка при рождении
- степень недоразвития легкого
- генетическое подтверждение диагноза

**Диафрагмальными грыжами, которые не требуют оперативного лечения в ближайшие сроки, являются**

- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- истинные диафрагмальные грыжи
- левосторонние ложные грыжи
- небольшие правосторонние грыжи

**Органы, которые чаще всего обнаруживаются в грудной полости при левосторонней диафрагмальной грыже**

- кардиальный отдел желудка
- петли кишечника
- левая доля печени
- поджелудочная железа

**Основным методом диагностики, который позволяет определить степень гипоплазии легкого у детей в послеоперационном периоде, является**

- ангиопульмонография
- сцинтиграфия легких
- компьютерная томография
- функции внешнего дыхания

**Формирование врожденной диафрагмальной грыжи происходит на + \_\_\_\_ + неделе внутриутробного развития**

- 14-16

- 20-28
- 1-2
- 4-8

**Вид диафрагмальных грыж, при которых отсутствует грыжевой мешок**

- 14-16
- 20-28
- 1-2
- 4-8

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику на прием к детскому хирургу обратилась мама с ребенком 7 лет.

### **Жалобы**

на

- \* дисфагию при употреблении твердой пищи,
- \* рвоту неизменной пищей,
- \* чувство тяжести за грудиной.

### **Анамнез заболевания**

Длительное время родители замечают у ребенка трудности при употреблении твердой, грубой пищи (ребенок тщательно ее разжевывал, медленно ел), периодически возникала рвота неизменной пищей. В последнее время ребенок предъявляет жалобы на чувство тяжести за грудиной при приеме пищи, трудности при прохождении пищи, вынужден запивать пищу большим количеством воды.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов.
- \* С возраста 1 года отстает в физическом развитии (имеется дефицит массы тела).
- \* Наблюдается педиатром по поводу анемии.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок пониженного питания, астенического телосложения. Рост 119 см, вес 18 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно-везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных



признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **Основные методы диагностики, которые показаны данному пациенту для постановки диагноза**

- 14-16
- 20-28
- 1-2
- 4-8

### **Результаты обследования**

#### **Рентгенологический симптом, который является достоверным признаком функционального нарушения проходимости кардиального отдела**

- отсутствия газового пузыря желудка
- наличия уровня жидкости в пищеводе
- проваливания
- расширения пищевода

### **Предполагаемый диагноз**

- отсутствия газового пузыря желудка
- наличия уровня жидкости в пищеводе
- проваливания
- расширения пищевода

### **Диагноз**

#### **Характерный симптом, который может быть выявлен при обзорной рентгеноскопии (без применения контрастного вещества) в данном случае**

- неравномерное газонаполнение петель кишечника
- смещение средостения
- отсутствие газового пузыря желудка
- высокое стояние купола диафрагмы

### **Основным методом хирургического лечения в данном случае является**

- резекция пищевода с формированием эзофаго-эзофаго анастомоза
- тотальная заградочная колоэзофагопластика
- лапароскопическая гастропликация по Ниссену
- внеслизистая кардиомиотомия с эзофагокардиофундопликацией

**Альтернативным методом лечения данного заболевания является**

- медикаментозная терапия
- диетотерапия
- баллонная дилатация
- физиотерапевтическое лечение

**В данном случае, для выполнения хирургического лечения, целесообразно применять + \_\_\_\_\_ + оперативный доступ**

- лапароскопический
- торакоскопический
- торакотомный
- лапаротомный

**При выполнении кардиомиотомии рассекается продольный мышечный слой и + \_\_\_\_\_ + слой**

- циркулярный мышечный
- слизистый
- поперечный мышечный
- подслизистый

**Операция внеслизистой кардиомиотомии носит имя**

- Насса
- Ниссена
- Равича
- Геллера

**Контрольное обследование после оперативного лечения при данной патологии показано через**

- 18-20 месяцев
- 1-2 месяца
- 6-12 месяцев
- 14-16 месяцев

**В данном случае, необходимо проводить дифференциальную диагностику с**

- инородным телом пищевода
- эозинофильным эзофагитом
- желудочно-пищеводным рефлюксом
- трахео-пищеводным свищом

**Первые проявления данного заболевания чаще всего появляются в возрасте + \_\_\_\_\_ + лет**

- инородным телом пищевода
- эозинофильным эзофагитом
- желудочно-пищеводным рефлюксом
- трахео-пищеводным свищом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию обратилась мать с подростком 16 лет.

### **Жалобы**

на

- \* отрыжку,
- \* выраженную изжогу, особенно беспокоящие ребенка вечером и ночью,
- \* ночные приступы кашля,
- \* боли за грудиной и в эпигастральной области.

### **Анамнез заболевания**

В течение нескольких лет, ребенок жалуется на сильную изжогу, отрыжку, ночью отмечаются приступы сильного кашля. За последний год трижды перенес гнойный отит. Также родители отмечают дефицит массы тела, слабость, быструю утомляемость.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Ребенок наблюдается ЛОР врачом по поводу рецидивирующих отитов.
- \* Наблюдается аллергологом по поводу бронхиальной астмы, получает лечение глюкокортикостероидами в форме ингаляций симптоматически.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок пониженного питания, астенического телосложения. Рост 173 см, вес 55 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Язык обложен, изо рта кислый запах. Дыхание через нос свободное, аускультативно-везикулярное с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 80 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

**Для постановки диагноза в данном случае показано проведение**

- инородным телом пищевода
- эозинофильным эзофагитом
- желудочно-пищеводным рефлюксом
- трахео-пищеводным свищом

**Результаты обследования**

**Во время рентгенологического исследования, в данном случае является обязательным выполнение**

- водно-сифонной пробы
- ортостатической пробы
- кашлевой пробы
- пробы Вальсальвы

**Предполагаемый диагноз**

- водно-сифонной пробы
- ортостатической пробы
- кашлевой пробы
- пробы Вальсальвы

**Диагноз**

**Наличие у пациента респираторных жалоб и жалоб на частые отиты можно объяснить**

- явлениями микроаспирации
- наличием сопутствующей патологии
- сниженным иммунным ответом
- присутствующей хронической гипоксией

**Основным методом хирургического лечения в данном случае является**

- колоэзофагопластика
- резекция пищевода
- фундопликация
- внеслизистая кардиомиотомия

**В данном случае, рекомендовать пациенту оперативное лечение в кратчайшие сроки позволяет**

- наличие эрозивного эзофагита

- наличие респираторных жалоб
- частые отиты и бронхиты
- возраст пациента

**Группы препаратов, которые используются для консервативного лечения данной патологии**

- блокаторы протонной помпы
- антигистаминные препараты
- антибактериальные препараты
- энтеросорбенты

**При выполнении хирургического лечения в данном случае используется + \_\_\_\_\_ + оперативный доступ**

- лапароскопический
- лапаротомный
- торакотомный
- торакоскопический

**Осложнением, характерным для данной патологии является**

- стеноз пищевода
- перфорация пищевода
- ахалазия кардии
- трахео-пищеводный свищ

**Первым этапом лечения при наличии у пациента такого осложнения как пептический стеноз пищевода является**

- фундопликация
- консервативное лечение
- колоэзофагопластика
- бужирование пищевода

**Методом диагностики, который также может быть использован в данном случае, является**

- компьютерная томография
- суточная рН-метрия
- ларинготрахеобронхоскопия
- сцинтиграфия

**Автором, разработавшим операцию фундопликации, является**

- компьютерная томография
- суточная рН-метрия
- ларинготрахеобронхоскопия
- сцинтиграфия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение доставлен ребенок 3 лет.

### **Жалобы**

на

- \* дисфагию,
- \* прогрессирующую потерю массы тела,
- \* невозможность есть твердую пищу,
- \* употребляет только протертую и жидкую пищу.

### **Анамнез заболевания**

1,5 месяца назад ребенок сделал глоток жидкости для чистки водопроводных труб «Крот», доставлен в стационар по месту жительства, находился на лечении в отделении токсикологии. На 7 сутки после ожога, выполнена эзофагогастроскопия, диагностирован ожог пищевода 2-3 степени. Ребенок был выписан домой в стабильном состоянии на 15 сутки после ожога.

Рекомендовано выполнение эзофагогастроскопии через 1 неделю после выписки, однако исследование не было проведено из-за отказа родителей. Последние 2 недели у ребенка прогрессирует дисфагия, потеря массы тела.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* состояние средней степени тяжести, вялый. Рост 95 см, вес 11 кг (за последние 2 недели потерял 3 кг). Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно – жесткое, проводится во все отделы. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

**Основным методом диагностики, показанным данному пациенту для постановки диагноза, является**

- компьютерная томография
- суточная рН-метрия
- ларинготрахеобронхоскопия
- сцинтиграфия

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемый диагноз**

- компьютерная томография
- суточная рН-метрия
- ларинготрахеобронхоскопия
- сцинтиграфия

### **Диагноз**

### **Степень ожога пищевода предшествующая развитию настоящего заболевания**

- 1
- 4
- 3
- 2

### **В тактике ведения больного была допущена следующая ошибка, приведшая к развитию настоящего заболевания после травмы**

- ребенок слишком рано был выписан из стационара
- слишком рано выполнена эзофагоскопия
- не проводилось профилактическое бужирование
- ребенку не наложена гастростома для кормления

### **Методом лечения, показанным при протяженных (тотальных) стенозах пищевода, является**

- колоэзофагопластика
- резекция пищевода
- бужирование пищевода
- фундопликация

### **К видам стенозов пищевода лучше всего поддающихся бужированию, относятся**

- протяженные
- субтотальные
- тотальные

- кольцевидные

**Наиболее безопасным методом бужирования является**

- за нить
- прямое
- по струне
- форсированное

**Вид бужирования, который целесообразней всего применить в данном случае**

- форсированное
- напрямую
- по струне
- за нить

**Данному пациенту показано наложение гастростомы при**

- форсированное
- напрямую
- по струне
- за нить

**На снимке (Изображение 1) определяется следующее осложнение бужирования пищевода, это расценивается как**

- медиастинит
- пневмония
- перфорация
- массивная аспирация

**При неэффективности бужирования пищевода или полной его непроходимости для сохранения возможности питания естественным путем показана операция**

- резекция пищевода
- эзофаго- и гастростомия
- фундопликация по Ниссену
- колоэзофагопластика

**Ребенку со стенозом пищевода при невозможности глотать слюну показана**

- резекция пищевода
- эзофаго- и гастростомия
- фундопликация по Ниссену



- колоэзофагопластика

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику на консультацию к детскому хирургу обратилась мать с ребенком 2 лет.

### **Жалобы**

на

\* отрыжку,

\* частые бронхиты (более 10 эпизодов).

### **Анамнез заболевания**

С возраста 4 месяцев ребенок страдает рецидивирующими обструктивными бронхитами. Неоднократно находился на обследовании у педиатра, аллерголога, проводилось обследование, поставлен диагноз атопическая бронхиальная астма (?). Также родители отмечают плохую прибавку массы тела, слабость, быструю утомляемость. Педиатром направлена на консультацию к детскому хирургу.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 2 беременности, 1 срочных родов путем экстренного кесарева сечения, в связи с острой гипоксией.

\* Ребенок наблюдается педиатром, аллергологом по поводу бронхиальной астмы, получает лечение глюкокортикостероидами в форме ингаляций симптоматически.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* ребёнок пониженного питания, астенического телосложения. Рост 81 см, вес 11 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Язык обложен, изо рта кислый запах. Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное с жестким оттенком, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 106 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, болезненный в эпигастральной области, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по женскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **Для постановки диагноза данному пациенту показано проведение**

- резекция пищевода

- эзофаго- и гастростомия
- фундопликация по Ниссену
- колоэзофагопластика

### **Результаты обследования**

**Во время рентгенологического исследования, в данном случае является обязательным проведение**

- пробы Вальсальвы
- ортостатической пробы
- кашлевой пробы
- водно-сифонной пробы

### **Предполагаемый диагноз**

- пробы Вальсальвы
- ортостатической пробы
- кашлевой пробы
- водно-сифонной пробы

### **Диагноз**

**Наличие у пациента жалоб на рецидивирующие обструктивные бронхиты можно объяснить**

- сниженным иммунным ответом
- явлениями микроаспирации
- наличием сопутствующей патологии
- низким кашлевым рефлексом

**Основным методом хирургического лечения в данном случае является фундопликация с**

- пластикой грыжи пищеводного отверстия
- последующим бужированием пищевода
- формированием гастростомы
- резекцией пищевода

**Данному пациенту рекомендовано оперативное лечение в связи с**

- наличием грыжи
- возрастом пациента
- наличием изменений в анализе крови
- частыми обструктивными бронхитами

**Для лечения гастроэзофагеального рефлюкса используются**

- энтеросорбенты
- спазмолитики
- кортикостероиды
- прокинетики

**При выполнении хирургического лечения в данном случае применяется + \_\_\_\_\_ + доступ**

- лапароскопический
- торакоскопический
- лапаротомный
- торакотомый

**Наиболее частым осложнением при гастроэзофагеальном рефлюксе является**

- трахеопищеводный-свищ
- параэзофагеальная грыжа
- варикозное расширение вен пищевода
- эзофагит

**При наличии у пациента такого осложнения как пептический стеноз пищевода показано этапное лечение, при этом первым этапом показано**

- бужирование пищевода
- консервативное лечение
- фундопликация
- выполнение колоэзофагопластики

**В данном клиническом случае, в качестве дополнительного метода диагностики, может быть использована**

- суточная рН-метрия
- радиоизотопное исследование
- компьютерная томография
- ларинготрахеобронхоскопия

**Автором операции фундопликации является**

- суточная рН-метрия
- радиоизотопное исследование
- компьютерная томография
- ларинготрахеобронхоскопия

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

На консультацию к детскому хирургу направлен ребенок 2 месяцев.

### Жалобы

на

\* деформацию грудной стенки.

### Анамнез заболевания

С рождения у ребенка выявлена деформация передней грудной стенки. Сразу после рождения возникла дыхательная недостаточность, в связи с чем, ребенок был переведен в реанимацию, находился на ИВЛ. В дальнейшем с диагнозом аспирационная пневмония находился в отделении патологии новорожденных. Ребенок был выписан домой. В связи с деформацией грудной клетки ребенок направлен на консультацию к хирургу.

### Анамнез жизни

\* Ребенок от 2 беременности, 2 срочных родов путем экстренного кесарева сечения в связи с остро возникшей гипоксией.

\* Вес при рождении 2500 гр., рост 50 см.

\* Не привит, отвод по медицинским показаниям.

### Объективный статус

\*При осмотре:\* состояние ребенка стабильное. Рост 52 см, вес 3400 г. Кожный покров и видимые слизистые, чистые с мраморным оттенком. На самостоятельном дыхании, дыхание аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, выслушивается систолический шум. Частота сердечных сокращений 150 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### Изображение 1

**По данным клинического осмотра можно поставить диагноз**

- суточная рН-метрия
- радиоизотопное исследование

- компьютерная томография
- ларинготрахеобронхоскопия

## **Диагноз**

**В данном случае у ребенка следующий тип деформации**

- полное расщепление грудины
- V-образный
- U-образный
- изолированное расщепление

**Методом инструментальной диагностики, который является основным в данном случае, является**

- ультразвуковое исследование сердца
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография грудной клетки
- рентгенография органов грудной клетки

**В данном случае оперативное лечение проводят в + \_\_\_\_\_ + возрасте**

- раннем
- старшем школьном
- младшем школьном
- подростковом

**По мере роста ребенка зона дефекта претерпевает следующие изменения**

- полностью закрывается
- уменьшается
- увеличивается
- формируется грыжа

**Для коррекции данной деформации проводится торакопластика, включающая в себя**

- стернотомию с последующей ее фиксацией металлической нитью
- ушивание грудины
- стабилизацию грудино-реберного комплекса
- резекцию первого ребра

**Генетическим заболеванием, включающим нижнюю расщелину грудины, эктопию сердца, порок сердца, порок диафрагмы, является**

- синдром Нунан
- Пентада Фалло
- синдром Ди-Джорджи
- пентада Кантрелла

**При сильном натяжении краев грудины во время операции может развиваться**

- неполная коррекция деформации
- пневмоторакс или пневмомедиастинум
- компрессия органов грудной клетки
- килевидная деформация грудной клетки

**У детей с данным пороком развития наиболее часто развиваются**

- пневмомедиастинум
- сердечная недостаточность
- спонтанный пневмоторакс
- дыхательные нарушения

**В данном случае ребенку показана консультация**

- физиотерапевта
- генетика
- кардиолога
- пульмонолога

**Значимые изменения со стороны сердечно-сосудистой системы наблюдаются у детей со следующим типом деформации грудной клетки**

- синдроме Поланда
- килевидной
- воронкообразной
- расщелине грудины

**Данная деформация чаще всего сочетается с пороками**

- синдроме Поланда
- килевидной
- воронкообразной
- расщелине грудины

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет.

## **Жалобы**

на

- \* выраженное беспокойство,
- \* слюнотечение,
- \* подъем температуры тела.

## **Анамнез заболевания**

Ребенок 30 минут назад по недосмотру родителей сделал глоток 70% уксусной эссенции.

## **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.

## **Объективный статус**

При осмотре ребенок беспокоен, отмечается обильное слюнотечение.

Лихорадит 38.0°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые.

Дыхание аускультативно – жесткое, с обилием влажных хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 120 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

## **При поступлении в приемном отделении ребенку показано выполнение**

- УЗИ органов брюшной полости
- фиброэзофагогастродуоденоскопии
- рентгенографии органов грудной клетки
- рентгенографии пищевода с контрастом

**В данном случае следует выполнить фиброэзофагогастродуоденоскопию через + \_\_\_ + дней с момента проглатывания уксусной эссенции**

- 6-7
- 12-14
- 21
- 9-11

**После ожога пищевода его степень можно определить посредством проведения**

- компьютерной томографии

- магнитно-резонансной томографии
- фиброэзофагогастродуоденоскопии
- рентгенографии пищевода с контрастом

**Мероприятия первой врачебной помощи в данном случае заключаются в промывании желудка через зонд**

- раствором бикарбоната натрия
- гипертоническим раствором натрия хлорида
- водой
- раствором глюкозы

**В первые часы с момента травмы ребенку важно назначить**

- препараты протонной помпы
- глюкокортикостероидные препараты
- антибактериальные препараты
- наркотические анальгетики

**Наиболее безопасным видом бужирования является бужирование**

- форсированное
- по струне
- за нить
- прямое

**В данном случае, на начальном этапе, целесообразней всего применять следующий вид бужирования**

- по струне
- форсированное
- за нить
- прямое

**При глубоком ожоге пищевода 3 степени этапное бужирование проводят три раза в неделю на протяжении +\_\_+ недель**

- по струне
- форсированное
- за нить
- прямое

**На данном рентгенологическом снимке (Изображение 1) представлено следующее осложнение после проведенного слепого бужирования пищевода, что расценивается как**



- аспирация
- перфорация
- пневмония
- медиастинит

**Вторая (контрольная) фиброэзофагогастродуоденоскопия проводится через +\_\_+ недели с момента травмы**

- 3
- 1,5
- 4
- 2

**Наиболее тяжелый ожог гортани и глотки вызывает**

- порошок перманганата калия
- щелочь
- спирты и эфиры
- уксусная эссенция

**При отравлении 70% уксусной эссенцией и другими кислотами наиболее опасным осложнением является**

- порошок перманганата калия
- щелочь
- спирты и эфиры
- уксусная эссенция

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение доставлен ребенок 3-х лет.

### **Жалобы**

на

- \* выраженное беспокойство,
- \* слюнотечение,
- \* подъем температуры тела.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок 30 минут назад по недосмотру родителей сделал глоток средства для прочистки труб «Tiret» (щелочь).

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.
- \* Аллергоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* очень беспокоен, отмечается сильное слюнотечение. Лихорадит 38.5°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание аускультативно – жесткое, с обилием влажных хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

**При поступлении в приемное отделение ребенку необходимо в первую очередь выполнить**

- фибробронхоскопию
- рентгенографию органов грудной клетки
- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- УЗИ брюшной полости

**В данном случае фиброэзофагогастродуоденоскопию следует выполнить через + \_\_\_+ дней с момента травмы**

- 1-2
- 6-7
- 9-10
- 12-14

**Степень ожога пищевода возможно определить по данным**

- магнитно-резонансной томографии
- рентгеноскопии пищевода с контрастом
- фиброэзофагогастродуоденоскопии
- компьютерной томографии

**Мероприятия первой врачебной помощи в данном случае заключаются в экстренной госпитализации и**

- интубации трахеи
- проведении антибактериальной терапии
- обильном выпаивании
- промывании желудка через зонд

**Профилактическое бужирование пищевода следует начинать через +\_\_+ дней с момента травмы**

- 7
- 10
- 14
- 12

**Наиболее безопасным является бужирование пищевода**

- прямое
- за нить
- по струне
- форсированное

**Наложение гастростомы является необходимым для**

- прямого бужирования
- бужирования за нить
- балонной дилатации пищевода
- бужирования по струне

**Наложение гастростомы в данном случае**

- прямого бужирования
- бужирования за нить
- балонной дилатации пищевода
- бужирования по струне

**На данной рентгенограмме (Изображение 1) представлено следующее осложнение бужирования пищевода, являющееся**

- массивной аспирацией
- пневмонией
- перфорацией
- медиастинитом

**Наиболее тяжелые ожоги пищевода вызывают**

- щелочи
- йод
- кислоты
- кристаллическая марганцовка

**Наиболее тяжелый ожог гортани и глотки вызывается**

- йодом
- щелочью
- уксусной эссенцией
- кристаллической марганцовкой

**Наиболее опасным осложнением при отравлении щелочами является**

- йодом
- щелочью
- уксусной эссенцией
- кристаллической марганцовкой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение доставлен ребенок 1 года.

### **Жалобы**

на

- \* выраженное беспокойство,
- \* слюнотечение,
- \* подъем температуры тела.

### **Анамнез заболевания**

За 40 минут до поступления мать случайно засыпала в рот ребенку кристаллический перманганат калия.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 физиологических родов.
- \* Привит по возрасту.

### **Объективный статус**

При осмотре ребенок очень беспокоен, отмечается обильное слюнотечение, слюна окрашена в розовый цвет, пенная. Лихорадит 38.0°C. На слизистой оболочке ротовой полости черный струп. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание аускультативно – жесткое, с обилием влажных хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 140 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

**При поступлении в стационар ребенку необходимо выполнить**

- рентгенографию с контрастом

- УЗИ брюшной полости
- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- рентгенографию органов грудной клетки

**В данном случае следует выполнить фиброэзофагогастродуоденоскопию на +\_\_+ сутки после травмы**

- 6-7
- 3-4
- 1-2
- 9-10

**В случае ожога пищевода определить его степень можно через +\_\_+ недели после травмы**

- 2
- 1,5
- 3
- 4

**Специфические мероприятия первой врачебной помощи при попадании в рот перманганата калия включают в себя обработку ротовой полости тампоном смоченным**

- раствором аскорбиновой кислоты
- холодной водой
- раствором соды столовой
- облепиховым маслом

**Профилактическое бужирование следует начинать в конце +\_\_\_\_\_+ недели с момента травмы**

- третьей
- первой
- второй
- четвертой

**Наибольший риск перфорации пищевода возникает при ожогах**

- йодом
- кристаллическим марганцем
- кислотами
- щелочами

**В данном случае лечение следует начать со следующего вида бужирования пищевода**

- напрямую
- по струне
- за нить
- форсированного

**Наложение гастростомы показано детям с химическим ожогом пищевода в случае**

- развития желудочно-пищеводного рефлюкса
- невозможности энтерального кормления
- отказа ребенка от больничной еды
- повышенного рвотного рефлекса после травмы

**В данном клиническом случае вероятнее всего возникнет стеноз**

- гортаноглотки
- привратника желудка
- кардиальной части пищевода
- верхней трети пищевода

**Наиболее тяжелые ожоги вызывают**

- кислоты
- кристаллы перманганата калия
- щелочи
- аккумуляторная жидкость

**Наиболее тяжелый ожог гортаноглотки вызывает**

- кристаллы перманганата калия
- уксусная эссенция
- раствор йода
- щелочь

**Кристаллы перманганата калия, чаще всего вызывают ожог**

- кристаллы перманганата калия
- уксусная эссенция
- раствор йода
- щелочь

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

На стационарном лечении в хирургическом отделении в течение 13 дней находится мальчик 4 лет с химическим ожогом пищевода

## **Жалобы**

на

- \* боль за грудиной, усиливающуюся при глотании;
- \* затруднение при глотании жидкой пищи.

## **Анамнез заболевания**

13 дней назад мальчик 4 лет случайно выпил из бутылочки с яркой наклейкой, оставленной без присмотра дома на кухне, концентрированную щелочь (концентрированный раствор Белизны). Отмечались выраженное беспокойство ребенка, многократная рвота и гиперсаливация.

На догоспитальном этапе промыт желудок, после чего мальчик доставлен в хирургическое отделение бригадой скорой медицинской помощи. Состояние тяжелое, обусловлено умеренным интоксикационным и болевым синдромом. На второй день выполнена эзофагогастроскопия: выявлен эрозивный эзофагит, выраженный отек слизистой оболочки, фибриновые наложения, покрывающие изъязвления, просвет сужен за счет отека.

При рентгеновском исследовании с водорастворимым контрастным препаратом признаков перфорации не выявлено.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось, тошнота и рвота купированы, гиперсаливации не отмечалось. Постепенно было начато пероральное кормление. Однако в течение последних 4 дней отмечено ухудшение самочувствия в виде появления симптомов дисфагии.

## **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 2 беременности, третьих срочных самостоятельных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма.
- \* Наследственный анамнез – не отягощен.
- \* Развитие согласно полу и возрасту. Посещает детский сад.
- \* Со слов мамы травм и операций ранее не было. Инфекционные заболевания: ОРВИ – 2-3 раза в год.
- \* Состоит на учете у аллерголога, гастроэнтеролога.

## **Объективный статус**

Рост – 102 см. Вес – 16 кг 500 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Аппетит снижен,

ребенок может принимать только протертую пищу, но чаще от еды отказывается. Температура – 36,8°C, частота дыхательных движений – 20 в минуту, частота сердечных сокращений – 105 в минуту.

Телосложение правильное, нормостеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 90/57 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания.

Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

\*Локальный статус:\* зев и слизистая оболочка ротовой полости ярко гиперемированы с участками фибринозного налета.

**Инструментальным методом обследования для верификации диагноза является**

- кристаллы перманганата калия
- уксусная эссенция
- раствор йода
- щелочь

**Результаты обследования**

**При проведении ЭФГДС на 2 сутки после химического ожога пищевода у ребенка определяется некроз эпителиальной выстилки слизистой оболочки пищевода, зона дефекта покрыта фибрином, легко отторгается, при контакте кровоточивость. Данная эндоскопическая картина характерна для + \_\_\_\_\_ + степени химического ожога пищевода**

- III
- II
- IV
- I



**На основании данных анамнеза, инструментального обследования у ребенка на фоне химического ожога пищевода развилось осложнение в виде**

- постожогового рубцового стеноза пищевода
- ахалазии пищевода
- пептического стеноза пищевода
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

**Тактика лечения, которой следует придерживаться в данной клинической ситуации**

- динамическое наблюдение в течение 2 недель
- проведение оперативного лечения в объеме тотальной колоэзофагопластики
- гастростомия по Кадеру и последующее бужирование за нить
- проведение сеансов баллонной дилатации под эндоскопическим контролем

**При проведении лечебного бужирования у детей с постожоговым стенозом пищевода кратность сеансов составляет**

- 4-5 раз в неделю
- один раз в неделю до появления стойкого эффекта
- 2-3 раза в неделю
- через день в течение двух недель

**Оптимальным сроком проведения бужирования пищевода после химического ожога пищевода 3 степени является**

- конец первой недели с момента травмы
- конец второй недели с момента травмы
- первые сутки получения травмы
- с начала четвертой недели после травмы

**При химическом ожоге кислотами возможно развитие осложнения в виде**

- миоглобинурического нефроза
- гиперклимической комы
- гипоклигемической комы
- портальной гипертензии

**Альтернативным эффективным методом лечения постожоговых стенозов является**

- эндоскопическая инъекция в область стеноза антифибротических препаратов
- пероральный прием топических глюкокортикостероидов
- эндоскопическая баллонная дилатация
- консервативная терапия системными глюкокортикостероидами

#### **Развитие околопищеводной флегмоны может возникнуть при употреблении**

- щелочей
- поверхностно-активных веществ
- перманганата калия
- кислот

#### **Показанием к проведению хирургического лечения постожогового стеноза пищевода является**

- полная непроходимость пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода
- стеноз пищевода II-III степени
- трубчатый стеноз пищевода

#### **Операцией выбора при хирургическом лечении протяженных постожоговых стриктур пищевода с непроходимостью пищевода является**

- гастростомия
- энтеростомия
- пластика пищевода толстой кишкой
- двойная эзофагостомия

#### **Ожог пищевода кристаллами перманганата калия сочетается с поражением**

- гастростомия
- энтеростомия
- пластика пищевода толстой кишкой
- двойная эзофагостомия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В течение 3 месяцев у мальчика 5 лет участились эпизоды ОРВИ, сопровождаемые бронхитом (5-6 раз в месяц). Дважды по результатам обследования ставился диагноз: пневмония. Лечился по месту жительства у участкового педиатра. Консультирован пульмонологом, хирургом. Направлен на

плановое обследование в отделение пульмонологии для верификации диагноза.

### **Жалобы**

на

- \* частые эпизоды респираторной инфекции,
- \* продолжительный и непостоянный кашель,
- \* одышку.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок за 3 месяца до обращения к педиатру по поводу ОРВИ и появлению вышеописанных жалоб, в летний период, находился в деревне у бабушки.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 4 беременности, четвертых срочных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: не отягощен.
- \* Наследственный анамнез: не отягощен.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Инфекционные заболевания: ОРВИ – 5-6 раз в месяц, пневмония 2 раза (за последние 3 месяца).

### **Объективный статус**

Масса тела – 22 кг 500 гр, рост – 109 см.

Общее состояние средней степени тяжести. Температура – 37,6°C, частота дыхательных движений – 25 в минуту, частота сердечных сокращений – 105 в минуту. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи. Отмечается наличие легкого цианоза видимых слизистых оболочек, ногтевых лож. Телосложение правильное, нормостеничное. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Периферические лимфоузлы: несколько увеличена группа подмышечных лимфоузлов (больше справа). Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка не деформирована, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, несколько ослаблено справа, разнокалиберные влажные хрипы справа. Перкуторно: притупление легочного звука справа в области проекции нижней доли. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 100/55 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Дизурических расстройств нет.

**Инструментальным методом обследования для постановки диагноза в данном случае является**

- гастростомия
- энтеростомия
- пластика пищевода толстой кишкой
- двойная эзофагостомия

**Результаты обследования**

**В результате проведенного обследования и данных анамнеза можно установить диагноз**

- гастростомия
- энтеростомия
- пластика пищевода толстой кишкой
- двойная эзофагостомия

**Диагноз**

**Наиболее опасные инородные тела дыхательных путей, локализуются в**

- сегментарном бронхе
- главном бронхе
- промежуточном бронхе
- трахее

**Обструкция дыхательных путей по клапанному механизму может приводить к**

- остановке дыхания
- эмфиземе легкого
- кровотечению
- пиотораксу

**На госпитальном этапе пациенту должна быть выполнена**

- санационная бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем
- торакоскопическая резекция доли легкого
- бронхоскопия с извлечением инородного тела
- пульс-терапия преднизолоном

**Длительно стоящие органические инородные тела дыхательных путей характеризуются развитием**

- онкологического процесса
- перфорации бронха
- рубцового стеноза
- длительного кровотечения

**При неэффективности гибкой бронхоскопии при извлечении инородных тел дыхательных путей следует**

- выполнить диагностическую пункцию плевральной полости
- выполнить ригидную бронхоскопию
- провести профилактический курс антибактериальной терапии
- выполнить диагностическую торакоскопию

**Хирургическое вмешательство (торакотомия, торакоскопия) показано при**

- развитии правостороннего пневмоторакса
- миграции инородного тела в паренхиму легкого
- легочном кровотечении
- формировании лобарной эмфиземы

**Полная обструкция главного бронха приводит к**

- обструктивной эмфиземе
- ателектазу всего легкого со смещением органов средостения в больную сторону
- некрозу доли легкого
- пневмотораксу и смещению органов средостения в здоровую сторону

**В качестве первой помощи при подозрении на инородное тело у детей до 1 года жизни следует выполнить**

- удаление инородного тела пальцами
- похлопывание по спине в положении вниз головой
- дыхание рот в нос
- сердечно-легочную реанимацию

**В качестве первой помощи при подозрении на инородное тело у детей старше 3 лет следует выполнить**

- прием Хаймлиха
- сердечно-легочную реанимацию
- похлопывание по спине в положении вниз головой
- удаление инородного тела пальцами

**Наиболее часто инородные тела дыхательных путей локализуются в**

- прием Хаймлиха
- сердечно-легочную реанимацию
- похлопывание по спине в положении вниз головой
- удаление инородного тела пальцами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девочка 6 месяцев наблюдается у хирурга в КДЦ при стационаре. После очередного планового осмотра была отправлена на проведение эзофагогастродуоденоскопии.

### **Жалобы**

на

- \* снижение ежемесячной прибавки веса,
- \* отказ от еды,
- \* плохой сон,
- \* продолжительный кашель,
- \* влажные хрипы,
- \* нарушения глотания.

### **Анамнез заболевания**

В антенатальном периоде, в начале 3 триместра, на плановом осмотре у акушера-гинеколога выполнена трансабдоминальная эхограмма, на которой визуализирован слепой сегмент пищевода, многоводие, микрогастрия. В раннем постнатальном периоде выполнена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости с катетеризацией пищевода. Поставлен диагноз: атрезия пищевода, с дистальным свищом.

В неонатальном периоде выполнено оперативное лечение: перевязка свища, наложение анастомоза пищевода конец-в-конец. Масса тела при рождении 3400 гр, сочетанные пороки отсутствовали.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 3 беременности, третьих срочных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: аллергия на цитрусовые у матери.
- \* Наследственный анамнез – отец работает в шахте на добыче угля.
- \* Развитие согласно полу и возрасту. Отмечается снижение прибавки массы тела за последние 2 месяца. На 1-е сутки жизни выполнена торакоскопическая коррекция атрезии пищевода (наложение прямого анастомоза).
- \* Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1 раз, бронхит – 2 раза.

### **Объективный статус**

Масса тела – 6100 г, рост – 59 см.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Ребенок находится на грудном вскармливании. Температура – 36,9°C, частота дыхательных движений – 30 в минуту, частота сердечных сокращений – 120 в минуту.

Телосложение правильное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям с мелкокалиберными влажными хрипами. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 92/51 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

### **Необходимыми для постановки диагноза методами диагностики являются**

- прием Хаймлиха
- сердечно-легочную реанимацию
- похлопывание по спине в положении вниз головой
- удаление инородного тела пальцами

### **Результаты обследования**

**Наиболее частым осложнением в раннем послеоперационном периоде после наложения анастомоза при атрезии пищевода является**

- несостоятельность анастомоза
- аспирационная пневмония
- перитонит
- рефлюкс-эзофагит

**Исходя из данных анамнеза, инструментального обследования пациенту можно поставить диагноз**

- несостоятельность анастомоза
- аспирационная пневмония

- перитонит
- рефлюкс-эзофагит

## **Диагноз**

### **Тактикой хирурга в данном случае является**

- бужирование по струне
- пластика пищевода толстой кишкой
- стентирование пищевода
- гастростомия

### **Наиболее распространенной формой атрезии пищевода является**

- изолированный трахеопищеводный свищ
- атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом
- атрезия пищевода с проксимальным и дистальным свищами
- изолированная форма атрезии пищевода

### **Атрезия пищевода входит в состав группы сочетанных аномалий развития**

- синдром Pierre Robin
- синдром Мунье-Куна
- синдром Картагенера
- VATERL - ассоциация

### **Показанием к проведению хирургического лечения стеноза пищевода является**

- стеноз пищевода II-III степени
- полная непроходимость пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода
- трубчатый стеноз пищевода

### **Наиболее оптимальным количеством сеансов бужирования для восстановления проходимости пищевода является**

- 3-4
- 1-2
- 5-8
- 9-11

**Появление осиплости голоса после оперативного лечения атрезии пищевода обусловлено травмой + \_\_\_\_\_ + нерва**



- длинного грудного
- диафрагмального
- латерального грудного
- возвратного гортанного

**В случае свищевой формы атрезии пищевода с непреодолимым диастазом между оральным и аборальным концами пищевода возможно проведение первого этапа хирургического лечения с последующей элонгацией пищевода в условиях**

- клиники, где есть торакоскопическое оборудование
- клиники, где в штате есть торакальный хирург
- клиники с достаточным опытом коррекции атрезии пищевода
- районной больницы

**Тактика хирурга при выявлении несостоятельности анастомоза пищевода включает ряд процедур в том числе**

- эзофагостомию
- бужирование
- гастростомию
- экстирпацию пищевода

**Сроки диспансерного наблюдения после оперативной коррекции атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом продолжаются до + \_\_\_\_ + лет**

- эзофагостомию
- бужирование
- гастростомию
- экстирпацию пищевода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На стационарном лечении в хирургическом отделении третью неделю находится девочка 7 лет с химическим ожогом пищевода.

### **Жалобы**

на

- \* боль за грудиной,
- \* болезненность и затруднение при глотании твердой и жидкой пищи.

### **Анамнез заболевания**

12 дней назад девочка 7 лет случайно выпила из бутылки серого цвета с цветной наклейкой, оставленной без присмотра дома в холле на тумбе, концентрированную щелочь («Крот»). Отмечались выраженное беспокойство ребенка, многократная рвота с примесью крови и гиперсаливация.

На догоспитальном этапе промыт желудок, после чего девочка доставлена в хирургическое отделение бригадой скорой медицинской помощи.

На второй день выполнена ЭГДС: выявлены множественные глубокие циркулярные язвенные дефекты.

При рентгеновском исследовании с водорастворимым контрастным препаратом признаков перфорации не выявлено.

Во время госпитализации отмечался выраженный интоксикационный синдром.

На фоне проводимой терапии состояние ребенка улучшилось, тошнота и рвота купированы, гиперсаливации не отмечалось. Постепенно было начато пероральное кормление. Однако в течение последней недели отмечено ухудшение самочувствия в виде появления симптомов дисфагии.

### **Анамнез жизни**

\* Ребенок от 3 беременности, третьих срочных родов методом Кесарева сечения.

\* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.

\* Аллергологический анамнез: не отягощен.

\* Наследственный анамнез – не отягощен.

\* Развитие согласно полу и возрасту. Посещает школу.

\* Со слов мамы травм и операций ранее не было. Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1-2 раза в год.

\* На учете у узких специалистов не состоит.

### **Объективный статус**

Общее состояние средней степени тяжести за счет явлений дисфагии, сознание ясное. Аппетит снижен, ребенок может принимать только протертую пищу,. Температура – 36,7°C, частота дыхательных движений – 23 в минуту, частота сердечных сокращений – 95 в минуту.

Телосложение правильное, нормостеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 105/55 мм

рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания.

Подкожно- жировой слой развит умеренно. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу. Локальный статус: зев и слизистая оболочка ротовой полости ярко гиперемированы с участками фибринозного налета и мелких рассеянных эрозий.

**Необходимым для постановки диагноза методом диагностики является**

- эзофагостомию
- бужирование
- гастростомию
- экстирпацию пищевода

**Результаты обследования**

**При проведении ЭФГДС на 2 сутки после химического ожога пищевода у ребенка определяются признаки некроза слизистого и подслизистого слоев, зона дефекта покрыта фибрином, сложно отторгается, при контакте кровоточивость. Данная эндоскопическая картина характерна для + \_\_\_\_\_ + степени химического ожога пищевода**

- II
- III
- I
- IV

**На основании данных анамнеза, инструментального обследования у ребенка на фоне химического ожога пищевода развилось осложнение в виде**

- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- постожогового рубцового стеноза пищевода
- ахалазии пищевода
- пептического стеноза пищевода

**Тактика лечения, которой следует придерживаться в данной клинической ситуации**

- динамическое наблюдение в течение 2 недель

- проведение сеансов баллонной дилатации под эндоскопическим контролем
- гастростомия по Кадеру и последующее бужирование за нить
- проведение оперативного лечения в объеме тотальной колоэзофагопластики

**При проведении лечебного бужирования у детей с постожоговым стенозом пищевода кратность сеансов составляет**

- 2-3 раза в неделю
- 4-5 раз в неделю
- через день в течение двух недель
- один раз в неделю до появления стойкого эффекта

**Оптимальным сроком проведения бужирования пищевода после химического ожога пищевода 3 степени является**

- конец первой недели с момента травмы
- конец второй недели с момента травмы
- первые сутки получения травмы
- с начала четвертой недели после травмы

**У ребенка с химическим ожогом пищевода за один сеанс бужирования возможно применить не более + \_\_\_\_\_ + размеров возрастающего диаметра бужа**

- 4
- 2
- 5
- 3

**Профилактическое бужирование детям с химическим ожогом пищевода проводят в стационаре с кратностью + \_\_\_\_\_ + раз(-а) в неделю**

- 2
- 4
- 1
- 3

**Профилактическое бужирование после химического ожога пищевода продолжают в течение + \_\_\_\_\_ + недель**

- 6
- 4

- 5
- 3

**Показанием к проведению хирургического лечения постожогового стеноза пищевода является**

- трубчатый стеноз пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода
- стеноз пищевода II-III степени
- полная непроходимость пищевода

**Операцией выбора при хирургическом лечении протяженных постожоговых стриктур пищевода с непроходимостью пищевода является**

- аллопластика пищевода
- энтеростомия
- гастростомия
- пластика пищевода толстой кишкой

**При бужировании постожогового стеноза пищевода за один сеанс возможно проведение не более + \_\_\_\_\_ + бужей порядкового размера**

- аллопластика пищевода
- энтеростомия
- гастростомия
- пластика пищевода толстой кишкой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение многопрофильного стационара доставлен мальчик 5 лет

### **Жалобы**

на

\* навязчивый сухой кашель,

\* одышку.

### **Анамнез заболевания**

Дома ребенок с мамой на кухне ел семечки. Внезапно, на фоне полного здоровья, появились вышеописанные жалобы. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. Ребенок доставлен в приемное отделение круглосуточного стационара

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 4 беременности, четвертых срочных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: не отягощен.
- \* Наследственный анамнез – не отягощен.
- \* Развитие согласно полу и возрасту.
- \* Инфекционные заболевания: ОРВИ – 3-4 раза в год.

### **Объективный статус**

Масса тела – 22 кг 500 гр, рост – 109 см.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание несколько спутанно, ребенок беспокойный. Температура – 37,2°C, частота дыхательных движений – 35 в минуту, частота сердечных сокращений – 125 в минуту.

Кожные покровы бледные, чистые от сыпи. Отмечается наличие легкого цианоза видимых слизистых оболочек, ногтевых лож. Телосложение правильное, нормостеничное. Подкожно – жировой слой развит умеренно. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка не деформирована, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, определяется «звук хлопанья в ладоши», который слышен на расстоянии. Отмечается кратковременные приступы удушья с вовлечением вспомогательной мускулатуры, после чего состояние ребенка стабилизируется. Над всеми легочными полями перкуторно определяется ясный легочный звук. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 100/59 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Дизурических расстройств нет.

### **Первым этапом для постановки диагноза необходимо выполнить**

- радиоизотопное исследование легкого
- рентгенографию органов грудной клетки и шеи в прямой и боковой проекциях
- спирометрию
- эзофагогастродуоденоскопию

### **На основании данных исследования и клинической картины заболевания можно установить диагноз**

- радиоизотопное исследование легкого

- рентгенографию органов грудной клетки и шеи в прямой и боковой проекциях
- спирометрию
- эзофагогастродуоденоскопию

## **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику инородных тел дыхательных путей в первую очередь следует проводить с**

- врожденной аномалией развития дыхательных путей
- объемным образованием дыхательных путей
- панической атакой
- ложным крупом

**Обструкция по типу клапанного механизма способствует развитию**

- тотальному ателектазу легкого
- трахеопищеводному свищу
- полисегментарной пневмонии
- эмфиземы легкого

**В данном клиническом случае следует выполнить**

- торакотомию
- диагностическую торакоскопию
- диагностическую пункцию плевральной полости
- бронхоскопию с извлечением инородного тела

**При признаках частичной обструкции бронха при инородном теле дыхательных путей показано проведение бронхоскопии с удалением инородного тела в + \_\_\_\_\_ + порядке**

- скором
- срочном
- отсроченном
- плановом

**Полная обструкция главного бронха приводит к**

- пневмотораксу
- тотальному ателектазу легкого
- эмфиземе легкого
- легочному кровотечению

**При значительном ателектазе доли легкого после удаления инородного тела**

- рекомендована антибактериальная терапия
- рекомендован строгий постельный режим
- рекомендована дотация кислородом
- рекомендована лечебная физкультура и гимнастика

**С целью верификации клапанного (баллотирующего) инородного тела рекомендовано выполнить рентгенографию грудной клетки**

- в двух проекция
- лежа и стоя
- на вдохе и выдохе
- с внутривенным контрастированием

**Наиболее часто аспирации инородными телами встречается у детей в возрасте +\_\_\_\_\_+ лет**

- 1-3
- 12-15
- 5-7
- 9-11

**Стридорозный тип дыхания характерен при локализации инородного тела в**

- гортани
- бронхе
- голосовой щели
- трахее

**При длительном стоянии инородного тела чаще всего развивается ателектаз, клинически проявляющийся +\_\_\_\_\_+ над участками ателектаза**

- гортани
- бронхе
- голосовой щели
- трахее

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**



На приёме к педиатру по месту жительства обратились родители мальчика 5 месяцев.

### **Жалобы**

на

- \* периодические срыгивания,
- \* затруднение глотания.

### **Анамнез заболевания**

В пренатальном периоде заподозрена атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (многоводие, маленькие размеры желудка, дилатированный и гипертрофированный оральный сегмент пищевода). Диагноз был подтвержден после проведения МРТ.

В неонатальном периоде выполнено оперативное лечение: наложение анастомоза пищевода конец в конец, ушивание трахеопищеводного свища. Настоящие жалобы возникли при введении прикорма (овощные и мясные пюре).

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, первых срочных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: не отягощен.
- \* Наследственный анамнез – отец курильщик со стажем более 15 лет.
- \* Развитие согласно полу и возрасту. Отмечается снижение прибавки массы тела за последний месяц (прибавка составила 300 г).
- \* На 2-е сутки жизни выполнена лапароскопическая коррекция атрезии пищевода (наложение прямого анастомоза).
- \* Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1 раз.

### **Объективный статус**

Масса тела – 6300 г, рост – 64 см.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Ребенок находится на грудном вскармливании. Температура – 36,7°C, частота дыхательных движений – 32 в минуту, частота сердечных сокращений – 121 в минуту.

Телосложение правильное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 90/50 мм. рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный,

удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот умеренно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно-жировой слой развит умеренно. При пальпации мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу.

**С целью дообследования показано проведение**

- гортани
- бронхе
- голосовой щели
- трахее

**Результаты обследования**

**Отсроченным осложнением после наложения анастомоза конец в конец при атрезии пищевода является**

- медиастинит
- аспирационная пневмония
- стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза
- перфорация

**Исходя из данных анамнеза, инструментального обследования в данном случае диагноз следующий**

- медиастинит
- аспирационная пневмония
- стеноз эзофаго-эзофагоанастомоза
- перфорация

**Диагноз**

**Тактика лечения в данном случае состоит в проведении**

- гастростомии
- бужирования по струне
- пластики пищевода толстой кишкой
- стентирования пищевода

**Наиболее часто возникающее осложнение при бужировании пищевода**

- зияние кардии

- перфорация
- аспирационная пневмония
- кровотечение

**При бужировании стеноза пищевода за один сеанс возможно проведение не более + \_\_\_\_\_ + бужей порядкового размера**

- 4
- 2
- 5
- 3

**Показанием к проведению хирургического лечения стеноза пищевода является**

- полная непроходимость пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода
- стеноз пищевода II-III степени
- трубчатый стеноз пищевода

**При рубцовом стенозе пищевода требуется не менее + \_\_\_\_\_ + сеансов для восстановления проходимости пищевода**

- 3-4
- 5-6
- 9-10
- 7-8

**Интервал между сеансами бужирования составляет**

- 7-8 дней
- 2-3 дня
- 10-12 дней
- 30-40 дней

**При непреодолимом диастазе между сегментами пищевода при его атрезии необходимо закончить операцию**

- пластикой пищевода желудком
- гастростомией
- колоэзофагопластикой
- колостомией

**Тактика хирурга при выявлении несостоятельности анастомоза пищевода состоит в**

- пластике пищевода кишкой
- стентировании пищевода
- наложении гастростомы по Кадеру
- экстирпации пищевода

**Сроки диспансерного наблюдения после оперативной коррекции атрезии пищевода с трахеопищеводным свищем, до + \_\_\_\_ + лет**

- пластике пищевода кишкой
- стентировании пищевода
- наложении гастростомы по Кадеру
- экстирпации пищевода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В хирургическом отделении детской городской больницы 15 дней находится на лечении девочка 3 лет с химическим ожогом пищевода.

### **Жалобы**

на

- \* поперхивание,
- \* трудности при проглатывании жидкой пищи.

### **Анамнез заболевания**

15 дней назад девочка случайно сделала 3 глотка из прозрачной бутылки, в которой находился концентрированный раствор уксусной кислоты. Отмечалась многократная рвота, обильное слюнотечение, выраженное беспокойство ребенка.

Сотрудниками бригады скорой медицинской помощи промыт желудок, после чего девочка доставлена в хирургическое отделение.

После проглатывания едкого вещества на второй день выполнена ЭГДС: фибринозный, эрозивный эзофагит (выраженный отек, фибринозные наложения, покрывающие изъязвления, просвет сужен за счет отека).

Признаков перфорации при рентгеновском исследовании с водорастворимым контрастным препаратом не выявлено.

После проведенной консервативной терапии состояние ребенка улучшилось, тошнота и рвота купированы. Постепенно было начато пероральное кормление. Однако в течение последней недели отмечено ухудшение самочувствия.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, первых срочных родов.

- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Аллергологический анамнез: не отягощен.
- \* Наследственный анамнез – псориаз у матери.
- \* Развитие согласно полу и возрасту. Посещает группу кратковременного пребывания в детском саду.
- \* Со слов родителей травм и операций ранее не было. Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1-2 раза в год.
- \* На учете у узких специалистов не состоит.

### **Объективный статус**

Рост – 96 см. Вес – 14 кг 200 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Appetit сохранен.

Температура – 36,8°C, частота дыхательных движений – 25 в минуту, частота сердечных сокращений – 103 в минуту.

Телосложение правильное, нормостеничное. Кожные покровы бледно-розовые, сухие, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Подкожно – жировой слой развит умеренно.

Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Лимфатические узлы не увеличены – при пальпации безболезненные, мягко-эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 98/56 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот округлой формы, не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень по краю реберной дуги. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

Локальный статус: зев и слизистая оболочка ротовой полости ярко гиперемированы.

### **Необходимым для постановки диагноза методом диагностики является**

- пластике пищевода кишкой
- стентировании пищевода
- наложении гастростомы по Кадеру
- экстирпации пищевода

## **Результаты обследования**

При проведении ЭФГДС на 2 сутки после химического ожога пищевода у ребенка определяется признаки некроза слизистого и подслизистого слоев, зона дефекта покрыта фибрином, сложно отторгается, при контакте кровоточивость. Данная эндоскопическая картина характерна для + \_\_\_\_ + степени химического ожога пищевода

- IV
- III
- II
- I

На основании данных анамнеза, инструментального обследования у ребенка на фоне химического ожога пищевода развилось осложнение в виде

- постожогового рубцового стеноза пищевода
- пептического стеноза пищевода
- гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
- ахалазии пищевода

**В данной клинической ситуации следует провести**

- сеансы баллонной дилатации под эндоскопическим контролем
- сеансы бужирования
- динамическое наблюдение в течение 2 недель
- оперативное лечение в объеме тотальной колоэзофагопластики

**При проведении лечебного бужирования у детей с постожоговым стенозом пищевода кратность сеансов составляет**

- 1-2 раза в месяц
- 4-5 раз в неделю
- 1 раз в неделю до появления стойкого эффекта
- 2-3 раза в неделю

**Оптимальным сроком проведения профилактического бужирования пищевода после химического ожога III степени является**

- конец первых суток получения травмы
- с начала четвертой недели после травмы
- конец второй недели с момента травмы
- конец первой недели с момента травмы

**У ребенка с химическим ожогом пищевода за один сеанс бужирования возможно применить не более + \_\_\_\_ + размеров бужа возрастающего диаметра**

- 5
- 4
- 3
- 2

**Профилактическое бужирование детям с химическим ожогом пищевода проводят в стационаре с кратностью + \_\_\_\_\_ + в неделю**

- 3 раза
- 4 раза
- 2 раза
- 1 раз

**Профилактическое бужирование после химического ожога пищевода продолжают**

- 5 недель
- 6 недель
- 3 недели
- 4 недели

**Показанием к проведению хирургического лечения постожогового стеноза пищевода является**

- кольцевидный стеноз пищевода
- трубчатый стеноз пищевода
- стеноз пищевода II-III степени
- протяженный стеноз пищевода

**Операцией выбора при хирургическом лечении протяженных постожоговых стриктур пищевода с непроходимостью пищевода является**

- энтеростомия
- пластика пищевода желудком
- колоэзофагопластика
- гастростомия

**При диагностике перфорации в 1 сутки, после проведения бужирования, показано лечение в следующем объеме**

- энтеростомия
- пластика пищевода желудком
- колоэзофагопластика
- гастростомия

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

К участковому педиатру по месту жительства обратились родители с девочкой 5 месяцев.

### Жалобы

Нарушение глотания.

### Анамнез заболевания

Во время пренатального консилиума по заключению трансабдоминальной эхограммы) заподозрена атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем (многоводие, маленькие размеры желудка, дилатированный и гипертрофированный оральный сегмент пищевода).

На 2 сутки после рождения выполнено оперативное лечение: наложение анастомоза пищевода конец-в-конец, разобщение трахеопищеводного свища.

Масса тела при рождении 2900, сочетанные пороки отсутствуют.

Описанные жалобы возникли при введении в рацион питания прикорма (мясные и овощные пюре).

### Анамнез жизни

\* Ребенок от 3 беременности, 3 срочных родов.

\* Аллергологический анамнез: не отягощен.

\* Наследственный анамнез – отец курильщик со стажем более 15 лет.

\* Отмечается снижение прибавки массы тела за последний месяц (прибавка составила 250 г).

\* На 2-е сутки жизни выполнена торакоскопическая коррекция атрезии пищевода, разобщение свища (наложение прямого анастомоза).

\* Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1 раз.

### Объективный статус

Масса тела – 6500 г, длина тела – 60 см.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Ребенок находится на грудном вскармливании. Температура – 36,7°C, частота дыхательных движений – 33 в минуту, частота сердечных сокращений – 124 в минуту.

Телосложение правильное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.



Периферические лимфоузлы не увеличены.

Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет.

Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 105/60 мм рт.ст.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно-жировой слой развит умеренно. При пальпации мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Наружные половые органы сформированы правильно, по женскому типу.

**Для постановки диагноза рекомендуемым методом диагностики является**

- энтеростомия
- пластика пищевода желудком
- колоэзофагопластика
- гастростомия

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз**

- энтеростомия
- пластика пищевода желудком
- колоэзофагопластика
- гастростомия

**Диагноз**

**Тактика лечения в данном случае состоит в проведении**

- стентирования пищевода
- пластики пищевода толстой кишкой
- бужирования
- эзофагостомии

**При бужировании пищевода наиболее частым осложнением бывает**

- перфорация
- кровотечение
- аспирационная пневмония
- остановка дыхания

**При бужировани стеноза пищевода за один сеанс возможно проведение не более + \_\_\_\_\_+ бужей порядкового размера**

- 4
- 3
- 5
- 2

**Показанием к проведению хирургического лечения стеноза пищевода является**

- стеноз пищевода II-III степени
- неэффективность бужирования
- трубчатый стеноз пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода

**В данном случае вероятнее всего потребуется не менее + \_\_\_\_\_+ сеансов для восстановления проходимости пищевода**

- 3-4
- 5-8
- 9-11
- 1-2

**Интервал между сеансами бужирования пищевода составляет**

- 4-5 дней
- 2-3 дня
- 7-9 дней
- 10-12 дней

**В ближайшие годы после оперативного лечения атрезии пищевода могут отмечаться дисфагия и нарушения питания, связанные преимущественно с**

- псевдобульбарным синдромом
- трахеомалацией
- трахео-пищеводным свищом
- желудочно-пищеводным рефлюксом

**Показанием к хирургическому лечению желудочно-пищеводного рефлюкса после коррекции атрезии пищевода в раннем послеоперационном периоде является**

- отсутствие эффекта от консервативной терапии

- наличие признаков эзофагита при проведении эзофагоскопии
- положительная водно-сифонная проба при ультразвуковом исследовании
- рентгенологически подтвержденный рефлюкс

**Дети, оперированные по поводу атрезии пищевода подлежат диспансерному наблюдению до + \_\_\_\_ + лет**

- 12
- 14
- 7
- 18

**Стеноз анастомоза после оперативного лечения атрезии пищевода возникает не ранее + \_\_\_\_\_ + недели после выполнения оперативного вмешательства**

- 12
- 14
- 7
- 18

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В отделении торакальной хирургии 2 недели находится на лечении мальчик 7 лет с диагнозом: химический ожог пищевода.

### **Жалобы**

на

\* боль и затруднение при глотании воды и жидкой протертой пищи.

### **Анамнез заболевания**

10 дней назад мальчик 7 лет случайно сделал несколько глотков уксусной эссенции. Отмечались многократная рвота, обильное слюнотечение, выраженное беспокойство ребенка. На догоспитальном этапе промыт желудок, после чего мальчик доставлен в хирургическое отделение бригадой скорой медицинской помощи.

В условиях стационара на второй день выполнена ЭГДС: выявлены множественные эрозивные и поверхностные язвенные дефекты, с наложениями фибрина, а также единичные циркулярные язвенные дефекты. Данных за наличие перфорации при проведении эзофагографии получено не было.

Состояние ребенка стабилизировалось на фоне проводимой терапии.

Диспепсические расстройства купированы, гиперсаливации не отмечалось.

Постепенно начато пероральное кормление. Однако в течение последних 4 дней появились вышеуказанные жалобы.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 3 беременности, третьих срочных родов.

Привит по календарю.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Наследственный анамнез – не отягощен.

Развитие согласно полу и возрасту. Посещает школу.

Со слов отца травм и операций ранее не было.

Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1-2 раза в год.

На диспансерном учете не состоит.

### **Объективный статус**

Рост – 135 см. Вес – 31 кг 200 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Аппетит снижен, ребенок может принимать только мягкую пищу. Температура – 36,7°C, частота дыхательных движений – 23 в минуту, частота сердечных сокращений – 89 в минуту.

Телосложение правильное, астеничное. Подкожно – жировой слой развит умеренно. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, видимые слизистые оболочки обычной окраски, не изменены.

Слизистая оболочка зева и ротовой полости ярко гиперемированы с участками фибринозного налета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет.

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамика стабильная, артериальное давление – 108/55 мм рт.ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

Живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягких, умеренно болезненный в эпигастральной области.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Аппетит снижен. При пероральном кормлении отмечается наличие симптомов дисфагии.

**Необходимым для постановки диагноза методом диагностики является**

- 14
- 7
- 18

#### **Дополнительная информация**

Эндоскопические признаки сужения пищевода на расстоянии 20 см от резцов (по меткам эндоскопа), не проходимое для ультратонкого эндоскопа с наружным диаметром 5,9 мм

**Учитывая данные анамнеза, выявленные при ЭГДС изменения соответствуют + \_\_\_ + степени ожога пищевода по эндоскопической классификации Терновского**

- II
- IV
- III
- I

**Из анамнеза известно, что при проведении ЭФГДС на 2 сутки после химического ожога пищевода у ребенка определяются признаки некроза слизистого и подслизистого слоев, зона дефекта покрыта фибрином, сложно отторгается, при контакте кровоточивость. На основании данных анамнеза, инструментального обследования пациенту можно поставить диагноз**

- II
- IV
- III
- I

#### **Диагноз**

**В данной клинической ситуации тактика лечения состоит в**

- проведении оперативного лечения в объеме тотальной колоэзофагопластики
- динамическом наблюдении в течение 2 недель
- проведении сеансов баллонной дилатации под эндоскопическим контролем
- проведении сеансов бужирования

**При проведении лечебного бужирования у детей с постожоговым стенозом пищевода кратность сеансов составляет**

- 2-3 раза в месяц
- один раз в неделю до появления стойкого эффекта

- 4-5 раз в неделю
- 2-3 раза в неделю

**Оптимальные сроки и кратность проведения бужирования пищевода после химического ожога пищевода III степени составляют + \_\_\_\_\_+ в неделю на протяжении + \_\_\_\_\_+ недель**

- 1 раз; 5
- 2 раза; 4
- 3 раза; 3
- 5 раз; 2

**У ребенка с химическим ожогом пищевода за один сеанс бужирования возможно применение + \_\_\_\_\_+ бужей возрастающего диаметра**

- 3
- 4
- 2
- 5

**Наиболее тяжелые ожоги пищевода возникают при проглатывании**

- концентрированной щелочи
- раствора перманганата калия
- нашатырного спирта
- уксусной эссенции

**При неэффективности бужирования по струне и непроходимости пищевода после химического ожога пищевода на фоне протяженного стеноза**

- показано продолжение бужирования
- показана энтеростомия
- показана гастростомия по Кадеру
- показана колоэзофагопластика

**Показанием к проведению хирургического лечения постожогового стеноза пищевода является**

- трубчатый стеноз пищевода
- протяженный стеноз пищевода
- кольцевидный стеноз пищевода
- стеноз пищевода II-III степени

**Химический ожог пищевода встречается преимущественно у детей в возрасте + \_\_\_\_\_ + лет**

- 5-7
- 1-3
- 9-12
- 14-17

**Большая часть химических ожогов пищевода у детей связана с приемом**

- 5-7
- 1-3
- 9-12
- 14-17

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В хирургическое отделение поступила девочка 5 лет.

### **Жалобы**

на

- \* кашель,
- \* отхождение мокроты,
- \* отрыжку,
- \* срыгивание,
- \* периодические боли в эпигастральной области.

### **Анамнез заболевания**

Со слов мамы ребенок болен с 1,5 лет. После оформления ребенка в детский сад стали отмечать частые ОРВИ, перенесла острый ларингит. В возрасте 3-х лет первый эпизод двусторонней пневмонии. До настоящего времени перенесла 4 пневмонии, наблюдалась аллергологом, пульмонологом, педиатром по месту жительства. Проводилась консервативная терапия без особого эффекта.

### **Анамнез жизни**

- \* Растет и развивается соответственно возрасту.
- \* Беременность: 3. Роды: 2.
- \* Течение беременности: без особенностей.
- \* Течение родов: самостоятельные, в сроке 39-40 недель.
- \* Вес при рождении 3140 г. Рост при рождении 52 см.
- \* Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов.

### **Объективный статус**

Состояние ребенка средней степени тяжести за счет основного заболевания. Сознание ясное. Ребенок активен. Температура тела в пределах нормальных значений. Appetit сохранен, тошноты, рвоты нет. Катаральных явлений нет. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Видимые слизистые розовые, влажные. Дыхание самостоятельное, свободное, при аускультации жесткое, равномерно проводится по всем легочным полям, свистящие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальной симптоматики нет. Печень и селезенка не увеличена. Стул самостоятельный, регулярный. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно. Грыжевых выпячиваний нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Методом обследования для постановки диагноза в данном случае является**

- 5-7
- 1-3
- 9-12
- 14-17

### **Результаты обследования**

**Дополнительным инструментальным методом обследования, позволяющим дать количественную оценку предполагаемого заболевания, является**

- суточный рН-мониторинг пищевода
- рентгенограмма органов грудной клетки
- обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
- компьютерная томография органов грудной полости

### **Предполагаемый диагноз**

- суточный рН-мониторинг пищевода
- рентгенограмма органов грудной клетки
- обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
- компьютерная томография органов грудной полости

### **Диагноз**

**Ребенку с впервые выявленным гастро-эзофагеальным рефлюксом 3 степени показано**

- консервативное лечение
- хирургическое лечение после 7 лет



- оперативное лечение по неотложным показаниям
- динамическое наблюдение до 12 лет

**Консервативная терапия включает в себя ряд компонентов в том числе**

- физиотерапию
- диетотерапию
- иглорефлексотерапию
- антибактериальную терапию

**При неэффективности консервативного лечения детям показано оперативное лечение в объеме**

- пилоромииотомии
- гастростомии
- кардиомиотомии
- фундопликации

**Антирефлюксная манжета производит охват пищевода на +\_\_\_+ °**

- 450
- 270
- 360
- 180

**Высота антирефлюксной манжеты должна быть в пределах +\_\_+ см**

- 4
- 1
- 6
- 2

**При отсутствии адекватного лечения гастроэзофагеального рефлюкса, возможно развитие +\_\_\_\_\_+ в качестве осложнения**

- пептического стеноза
- трахеопищеводного свища
- бронхиальной астмы
- релаксации диафрагмы

**С целью контроля эффективности хирургического лечения гастроэзофагеального рефлюкса рекомендовано выполнить**

- суточную рН - метрию
- бронхоскопию

- компьютерную томографию органов брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости

**Дополнительным методом исследования, позволяющим оценить моторику пищевода, является**

- УЗИ органов брюшной полости
- компьютерная томография органов брюшной полости
- суточная рН - метрия
- манометрия пищевода

**К наиболее частым респираторным проявлениям гастроэзофагеального рефлюкса можно отнести**

- УЗИ органов брюшной полости
- компьютерная томография органов брюшной полости
- суточная рН - метрия
- манометрия пищевода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К детскому хирургу на прием в поликлинике обратился папа с мальчиком 16 лет.

### **Жалобы**

на

\* объемное образование в области мошонки слева.

### **Анамнез заболевания**

Месяц назад юноша обратил внимание на образование в области мошонки слева, похожее на «мешок червей». Травмы, боль в области мошонки отрицает. На диспансерном учёте не состоит. Профессионально занимается футболом на протяжении 10 лет.

### **Анамнез жизни**

- \* Мать и отец здоровы.
- \* Ребёнок от 3 беременности 3 срочных физиологических родов на 38 неделе.
- \* Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.
- \* Атопии, аллергических реакции нет.
- \* Рос и развивался по возрасту.
- \* На диспансерном учёте не состоят.

### **Объективный статус**

**\*При осмотре:\*** ребёнок астенического телосложения. Рост 179 см, вес 74 кг. Кожный покров и видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание через нос свободное, аускультативно-везикулярное, хрипов нет, чистота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 75 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

**\*Местно:\*** наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Визуально слева определяются расширенные вен гроздевидного сплетения. При пальпации оба яичка в мошонке, левое несколько меньше. В левой половине мошонки над и под яичком, определяются расширенные гроздевидного сплетения вен, в горизонтальном положении - не спадаются.

**Дополнительными функциональными пробами для постановки диагноза, являются**

- тест Адамса
- проба Штанге
- приём Ароновича-Кунстедтера
- проба Вальсальвы
- приём Свенсона
- проба Иванисевича

**Дополнительным методом инструментальной диагностики для постановки диагноза в данном случае является**

- тест Адамса
- проба Штанге
- приём Ароновича-Кунстедтера
- проба Вальсальвы
- приём Свенсона
- проба Иванисевича

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемый диагноз?**

- тест Адамса
- проба Штанге
- приём Ароновича-Кунстедтера
- проба Вальсальвы
- приём Свенсона
- проба Иванисевича

## **Диагноз**

### **Для III степени варикоцеле характерно**

- расширение вен определяющиеся только пальпаторно
- отрицательная проба Вальсальвы в горизонтальном положении
- расширенные вены видны только в вертикальном положении
- резко расширенные вены, уменьшение размеров яичка

### **При постановке диагноза, варикоцеле 3 степени, показано**

- плановое оперативное лечение
- консервативная терапия
- повторный осмотр в 17 лет, с оценкой результатов спермограммы
- диспансерное наблюдение до 18 лет

### **Для госпитализации подростка на плановое оперативное вмешательство, хирург должен оформить направление по форме**

- 079/у
- 057/у
- 095/у
- 086/у

### **Основным принципом оперативных вмешательств при варикоцеле является**

- окклюзия тестикулярной вены на различных уровнях
- полное удаление тестикулярной вены
- перевязка и рассечение влагалищного отростка
- перевязка и пересечение тестикулярной артерии

### **Операция при варикоцеле с паховым доступом носит название, операции**

- Яковенко
- Иванисевича
- Паломо
- Мармара

### **Операция при варикоцеле с забрюшинным доступом, носит название, операции**

- Бергмана
- Мармара
- Яковенко
- Иванисевича

## **Декларированные сроки наблюдения детским хирургом (детским урологом-андрологом) после операции по поводу варикоцеле**

- через 1, 6, 12 месяцев, далее ежегодно
- однократно через 2 недели
- однократно через 3 месяца
- через 2 месяца, далее каждые 3 года

## **Показанием к применению флебографии при варикоцеле является**

- гипотрофия яичка на стороне поражения
- азоспермия по данным спермографии
- возникновение кровотечения в мошонке
- сочетание варикоцеле с гематурией

## **Одним из этиологических факторов первичного варикоцеле является**

- гипотрофия яичка на стороне поражения
- азоспермия по данным спермографии
- возникновение кровотечения в мошонке
- сочетание варикоцеле с гематурией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием в поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с сыном 14 лет.

### **Жалобы**

на

- \* деформацию грудной клетки,
- \* утомляемость,
- \* отдышку.

### **Анамнез заболевания**

С 7 летнего возраста мама обратила внимание на деформацию грудной клетки. Консультированы ортопедом, проводились курсы массажа и ЛФК без эффекта. В настоящее время деформация грудной клетки стала прогрессировать.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, самостоятельных, срочных родов.
- \* Профилактические прививки проводились согласно Национальному календарю.
- \* Наследственный анамнез – не отягощен.

- \* Находится на грудном вскармливании до 1 года.
- \* Прикорм введен с 6 месяцев (овощное пюре, молочные каши).
- \* Растет и развивается соответственно возрасту.

### **Объективный статус**

Общее состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное.

\* Локальный статус: \* отмечается западение ребер и грудины при вдохе.

Искривление грудины во фронтальной плоскости, искривление ребер с двух сторон симметричное.

**Основным методом обследования для постановки диагноза в условиях поликлиники в данном случае является**

- визуальный осмотр
- компьютерная томография
- бронхоскопия
- УЗИ плевральных полостей

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях
- оценка функции внешнего дыхания
- перфузионная сцинтиграфия лёгких
- компьютерная томография органов грудной клетки

**При Индексе Гижицкой - 0,7-0,5, воронкообразная деформация грудной клетки у данного пациента соответствует +\_\_+ степени**

- I
- III
- IV
- II

**Обязательным методом обследования с целью исключения сопутствующей патологии в данном случае является**

- эхокардиография
- УЗИ органов брюшной полости
- МРТ органов средостения
- бронхоскопия

**Тактика детского хирурга при данном диагнозе состоит в проведении**

- оперативного лечения по неотложным показаниям

- диспансерного наблюдения до 18 лет
- консервативной терапии
- оперативного лечения в плановом порядке

**Методом выбора оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки на сегодняшний день является операция**

- Равича
- Майера
- Насса
- Суламан-Палтина

**Основным компонентом при операции Насса является**

- длительная фиксация грудино-рёберного комплекса в специальном ортопедическом корсете
- субперихондральное иссечение искривлённых рёберных хрящей, поперечная клиновидная стернотомия и фиксация грудины в исправленном положении металлической пластиной
- длительная (2-4 года) фиксация грудино-рёберного комплекса в корригированном положении металлической пластиной
- кратковременная фиксация грудино-рёберного комплекса в корригированном положении металлической пластиной

**При торакопластике по Нассу, металлическая пластина устанавливается на срок не менее +\_\_+ месяцев**

- 24
- 6
- 12
- 18

**Основным компонентом послеоперационного периода при торакопластике является**

- гемостатическая терапия
- антигистаминная терапия
- полное парентеральное питание
- адекватное обезболивание

**После торакопластики по Нассу, физические нагрузки разрешены через + \_\_\_\_\_ + после операции**

- 9-12 месяцев

- 3-4 месяца
- 6-7 месяцев
- 1-1,5 месяца

**Операционный доступ при торакопластике по Нассу проводят по**  
**+ \_\_\_\_\_ + линии**

- паравертебральной
- передне-подмышечной
- задне-подмышечной
- парастеральной

**При торакопластике по Нассу, пластину проводят**

- паравертебральной
- передне-подмышечной
- задне-подмышечной
- парастеральной

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к торакальному хирургу обратилась мама с дочерью 16 лет.

### **Жалобы**

на

- \* деформацию грудной клетки,
- \* утомляемость,
- \* одышку.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок болен с рождения, жалобы на деформацию грудной клетки появились в возрасте 6 месяцев, осмотрен хирургом, рекомендовано наблюдение.

Наблюдался кардиологом и пульмонологом, проводилось обследование, последнее около 2-х лет назад, проведен курс восстановительного лечения без эффекта, в настоящее время присоединились жалобы на одышку при физической нагрузке, утомляемость, консультирован торакальным хирургом, рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 1 беременности, самостоятельных, срочных родов на 40 неделе.

Положение плода: головное предлежание. Вес при рождении 3970 г., длина - 53 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Состояние после рождения:



удовлетворительное. Приложена к груди в родильном зале. Растет и развивается соответственно возрасту.

### **Объективный статус**

Общее состояние ребенка удовлетворительное. Сознание ясное. Отмечается западение ребер и грудины.

**Основным методом обследования для постановки диагноза в данном случае является**

- компьютерная томография
- бронхоскопия
- УЗИ плевральных полостей
- визуальный осмотр

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в данном случае является**

- перфузионная сцинтиграфия лёгких
- оценка функции внешнего дыхания
- компьютерная томография органов грудной клетки
- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

**Согласно данным рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях индекс Жижицкой - менее 0,5, что соответствует + \_\_\_ + степени воронкообразной деформации у данного пациента**

- II
- III
- IV
- I

**Абсолютным показанием к коррекции воронкообразной деформации грудной клетки является**

- отказ пациента от консервативной терапии
- желание самого пациента
- возраст ребенка старше 14 лет
- III степень деформации

**Тактика в данном случае**

- консервативная терапия включающая массаж, ЛФК
- оперативное лечение по неотложным показаниям
- диспансерное наблюдение до 18 лет

- оперативное лечение в плановом порядке

**В настоящее время популярным методом лечения является торакопластика по методу**

- Насса
- Салома-Палтини
- Равича
- Майера

**Эффективность оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки по методике Насса заключается в**

- длительной фиксации грудино-рёберного комплекса пластиной
- субперихондральной резекции искривлённых рёберных хрящей
- поперечной клиновидной стернотомии и фиксации грудины металлической нитью
- установке силиконового импланта в область деформации

**При торакопластике по Нассу, металлическая пластина устанавливается на срок не менее +\_\_+ месяцев**

- 18
- 6
- 24
- 12

**Отличительная особенность послеоперационного периода после коррекции воронкообразной деформации грудной клетки заключается в**

- рациональной антибактериальной терапии
- назначении антикоагулянтов в повышенных дозировках
- адекватном обезболивании
- назначении хондропротекторов

**После торакопластики по Нассу, физические нагрузки разрешены через + \_\_\_\_\_+ после операции**

- 6-7 месяцев
- 1-1,5 месяца
- 9-12 месяцев
- 3-4 месяца

## **Операционный доступ при торакопластике по Нассу проводят по**

**+ \_\_\_\_\_ + линии**

- задне-подмышечной
- передне-подмышечной
- парастеральной
- паравертебральной

## **Во время торакопластики по Нассу, пластину проводят**

- задне-подмышечной
- передне-подмышечной
- парастеральной
- паравертебральной

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Вы - дежурный хирург, осматриваете ребенка 3-х лет в отделении торакальной хирургии.

### **Жалобы**

на

- \* выраженное беспокойство,
- \* повышение температуры тела.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок 8 месяцев назад получил ожог пищевода щелочью (жидкость для чистки плит), в дальнейшем сформировался рубцовый стеноз пищевода, ребенку проводился курс бужирования пищевода по струне. Сегодня впервые ребенок был пробужирован «вслепую». После проведения процедуры ребенок стал беспокоен, появилась вялость, бледность, температура тела поднялась до 38°C, был вызван дежурный хирург.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей.
- \* Привит по возрасту.
- \* Аллергологический анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* состояние пациента ближе к тяжелому, беспокоен, имеется вялость. Температура тела 38.5°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание аускультативно – жесткое, с обилием влажных

хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

**В первую очередь пациенту необходимо выполнить**

- УЗИ брюшной полости
- бронхоскопию
- рентгенографию органов грудной клетки
- электрокардиографию

**Для полного исключения хирургической патологии ребенку**

- УЗИ брюшной полости
- бронхоскопию
- рентгенографию органов грудной клетки
- электрокардиографию

**Изменения, выявленные на данной рентгенограмме (изображение 1) следует расценивать как**

- объемное образование грудной полости
- затек контрастного вещества
- ателектаз лёгкого
- жидкость в перикарде

**Предполагаемый диагноз**

- объемное образование грудной полости
- затек контрастного вещества
- ателектаз лёгкого
- жидкость в перикарде

**Диагноз**

**В данном случае ребенку показано проведение**

- бронхоскопии
- оперативного лечения
- плевральной пункции
- эзофагоскопии

**При ушивании перфораций пищевода используют + \_\_\_\_\_ +  
хирургический доступ**

- торакоскопический
- лапаротомный
- стернотомия
- лапароскопический

**Наиболее безопасным является бужирование**

- форсированное
- прямое
- за нить
- по струне

**Наиболее рискованным является бужирование**

- прямое
- по струне
- за нить
- форсированное

**Данному пациенту показана дополнительная + \_\_\_\_\_ + терапия**

- гемотрансфузионная
- антибактериальная
- антисекреторная
- прокинетическая

**В данном случае причиной перфорации пищевода явилось**

- бужирование пищевода
- последствия ожога
- развитие эзофагита
- медиастинит

**Наиболее тяжелые ожоги пищевода вызывают**

- кристаллическая марганцовка
- щелочи
- кислоты
- спиртовой раствор йода

**Наиболее тяжелые ожоги гортани и глотки вызывают**

- кристаллическая марганцовка
- щелочи
- кислоты

- спиртовой раствор йода

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение доставлен подросток 16 лет.

### **Жалобы**

на

- \* выраженную одышку,
- \* синюшность носогубного треугольника.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок во время игры в волейбол на физкультуре, внезапно почувствовал боль в правой половине грудной клетки. Сразу возникла одышка, синюшность носогубного треугольника, бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение.

### **Анамнез жизни**

- \* Ребенок от 1 беременности, 1 родов в срок.
- \* Привит по календарю.
- \* Аллергологический анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

\*При осмотре:\* состояние тяжелое. Рост 174 см, вес 70 кг. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледноватые, имеется цианоз носогубного треугольника. Температура тела не повышена. Выраженная одышка, ЧДД 50 в мин. Правая половина грудной клетки вздута, правая половина не участвует в акте дыхания. Аускультативно справа дыхание не выслушивается, слева проводится во все отделы. Перкуторно справа коробочный звук. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Стул оформленный, без патологических примесей. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

**В первую очередь при поступлении ребенка в приемное отделение необходимо выполнить**

- кристаллическая марганцовка
- щелочи
- кислоты
- спиртовой раствор йода

**На представленной рентгенограмме (изображение 1) определяется**

- объемное образование лёгкого
- свободный газ в плевральной полости
- нормальная рентгенологическая картина
- свободная жидкость в плевральной полости

**Предполагаемый диагноз**

- объемное образование лёгкого
- свободный газ в плевральной полости
- нормальная рентгенологическая картина
- свободная жидкость в плевральной полости

**Диагноз**

**Наличие одышки у данного пациента обусловлено**

- сдавлением сердца и крупных сосудов
- развитием сердечной недостаточности
- коллапсированием левого легкого
- развитием септического шока

**Неотложная помощь в данном случае заключается в проведении**

- диагностической торакоскопии
- дренирования плевральной полости
- санационной бронхоскопии
- диагностической торакотомии

**При проведении плевральной пункции вероятнее всего вы получите**

- хилёзную жидкость
- воздух
- гной
- серозную жидкость

**Плевральную пункцию в данном случае необходимо выполнять в +\_\_+ межреберье**

- 7
- 3
- 1
- 5

**После пункции и дренирования плевральной полости отмечается стойкий сброс воздуха в дренажную систему. Что свидетельствует о**

- повреждении дренажной трубки в дистальной ее части
- легочном свище
- плохой герметичности дренажной системы
- наличии трахеопищеводного свища

**Показанием к хирургическому лечению спонтанного пневмоторакса является**

- дебют заболевания в подростковом возрасте
- наличие множественных мелких кист в легком
- наличие пневмонии со стороны поражения
- рецидивное течение заболевания

**После установки плеврального дренажа ребенку необходимо выполнить**

- контрольную рентгенографию органов грудной клетки
- фибробронхоскопию
- диагностическую торакоскопию
- перфузионную сцинтиграфию лёгких

**Рентгенографию органов грудной клетки необходимо выполнять в следующем положении**

- вертикальном
- на здоровом боку
- Тренделенбурга
- горизонтальном

**После купирования пневмоторакса показано проведение**

- вертикальном
- на здоровом боку
- Тренделенбурга
- горизонтальном

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденной девочки 15 суток жизни в перинатальном Центре.

### **Жалобы**

На дыхательную недостаточность, вздутие грудной клетки.



### **Анамнез заболевания**

Ребенок с рождения находится на искусственной вентиляции легких. Около 3 часов назад наступило резкое ухудшение состояния с нарастанием дыхательной недостаточности.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 2 беременности, 2 преждевременных родов на 28 неделе. Беременность на фоне угрозы прерывания беременности. Масса при рождении 1490 грамм. По шкале Апгар 3/4 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, недоношенностью. Сознание оглушение. Реакция на осмотр - беспокойство.

Кормление в назогастральный зонд усваивает. +

Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. Зев спокойный, налета нет. Видимые слизистые розовые, влажные.

Периферические лимфоузлы не увеличены. +

Дыхание аппаратное через интубационную трубку. Перкуторно определяется тупой звук слева. Аускультативно: дыхание слева ослаблено, справа жесткое, хрипы влажные проводные справа, крепитация слева. Сатурация крови 82%.

Тоны сердца выслушиваются справа от грудины, приглушены. +

Живот правильной формы, подвдут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Печень не увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется.

Перистальтика кишечника удовлетворительная. +

Стула при осмотре нет. Мочеиспускания по уретеральному катетеру, диурез снижен.

### **Для диагностики данного состояния необходимым инструментальным методом обследования является**

- вертикальном
- на здоровом боку
- Тренделенбурга
- горизонтальном

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Дополнительным инструментальным методом исследования для диагностики данного заболевания является**

- сцинтиграфия легких
- электрокардиография
- ЭХО-кардиография
- трансиллюминация грудной клетки

**На основании анамнеза, данных объективного осмотра и инструментальных методов диагностики, можно поставить диагноз**

- сцинтиграфия легких
- электрокардиография
- ЭХО-кардиография
- трансиллюминация грудной клетки

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано проведение**

- консервативной терапии
- оперативного лечения в плановом порядке
- динамического наблюдения
- оперативного лечения по экстренным показаниям

**Данному ребенку показана респираторная терапия в объеме**

- оксигенотерапии через маску
- высокочастотной вентиляции легких
- традиционной вентиляции легких
- неинвазивной назальной вентиляции легких

**Однолегочная интубация является методом лечения в случае развития**

- пневмомедиастинума
- спонтанного напряженного пневмоторакса
- пневмоперитонеума
- интерстициальной легочной эмфиземы

**Риск развития синдрома утечки воздуха у недоношенных новорожденных увеличивается при**

- аспирации мекония
- проведении фототерапии
- введении сурфактанта

- зондировании желудка

**Однолегочная вентиляция у недоношенных новорожденных применяется, если их масса составляет не менее +\_\_\_\_+ грамм**

- 1200
- 1000
- 1400
- 1500

**При отсутствии эффекта от консервативной терапии при интерстициальной легочной эмфиземе необходимо выполнить**

- дренирование верхнего средостения
- трахеостомию
- санационную фиброларинготрахеобронхоскопию
- резекцию пораженной доли легкого

**При неэффективности консервативной терапии интерстициальной эмфиземы легкого в течение +\_\_+ часов выполняется торакотомия и резекция пораженной доли легкого**

- 48
- 24
- 12
- 72

**«Золотым стандартом» диагностики всех разновидностей синдрома утечки воздуха является**

- рентгенография органов грудной клетки
- магнитно-резонансная томография
- оценка газового состава крови
- сцинтиграфия легких

**Патологическое состояние, характеризующееся повреждением альвеол и терминальных бронхиол, приводящее к скоплению газа вне дыхательных путей называется**

- рентгенография органов грудной клетки
- магнитно-резонансная томография
- оценка газового состава крови
- сцинтиграфия легких

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Осмотр новорожденного ребенка 10 суток жизни в перинатальном Центре.

### Жалобы

На вздутие грудной клетки и дыхательную недостаточность.

### Анамнез заболевания

Ребенок находится на искусственной вентиляции легких с рождения. Около 5 часов назад произошло нарастание дыхательной недостаточности и ухудшение состояния ребенка.

### Анамнез жизни

Ребёнок от 4 беременности, 3 преждевременных родов на 27 неделе. Беременность на фоне угрозы прерывания беременности. Масса при рождении 1350 грамм. По шкале Апгар 3/4 баллов. Проведены неонатальный и аудиоскрининг. Не привит.

### Объективный статус

Состояние крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, недоношенностью. Сознание оглушение. На осмотр реагирует беспокойством.

Кормление в назогастральный зонд усваивает. Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный.

Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. +

Зев спокойный, налета нет. Видимые слизистые розовые, влажные.

Периферические лимфоузлы не увеличены. +

Дыхание аппаратное через интубационную трубку. Перкуторно справа определяется тупой звук. Аускультативно дыхание справа ослаблено, слева жесткое. Хрипы - влажные проводные слева, крепитация справа. Сатурация

крови 83%. Тоны сердца выслушиваются слева от грудины, приглушены. +

Живот правильной формы, незначительно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный +

Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 1 см, край закругленный, пальпация безболезненная.

Селезенка не пальпируется. +

Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стула при осмотре нет.

Мочеиспускания по уретеральному катетеру, диурез снижен.

### Оптимальным методом обследования ребенка в данной ситуации является

- рентгенография органов грудной клетки

- магнитно-резонансная томография
- оценка газового состава крови
- сцинтиграфия легких

### **Результаты обследования**

#### **Дополнительным методом исследования в данном случае является**

- сцинтиграфия легких
- трансиллюминация грудной клетки
- электрокардиография
- ЭХО-кардиография

#### **По данным объективного осмотра, инструментальных методов исследования и анамнеза можно поставить диагноз**

- сцинтиграфия легких
- трансиллюминация грудной клетки
- электрокардиография
- ЭХО-кардиография

### **Диагноз**

#### **В плане лечения ребенку необходимо назначить**

- оперативное лечение по экстренным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативную терапию
- динамическое наблюдение

#### **Респираторная терапия должна быть назначена в объеме**

- высокочастотной вентиляции легких
- неинвазивной назальной вентиляции легких
- традиционной вентиляции легких
- оксигенотерапии через маску

#### **Однолегочная интубация является методом лечения при**

- интерстициальной легочной эмфиземе
- пневмотораксе
- пневмомедиастинуме
- пневмоперитонеуме

**Наиболее оптимальной тактикой лечения пневмомедиастинума у новорожденного с признаками дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью является**

- фибротреахеобронхоскопия
- пункция средостения
- динамическое наблюдение
- дренирование средостения

**Риск развития синдрома утечки воздуха у недоношенных новорожденных увеличивается при**

- развитию пневмонии
- фототерапии
- введении сурфактанта
- зондировании желудка

**При отсутствии эффекта от консервативной терапии при интерстициальной легочной эмфиземе необходимо выполнить**

- санационную фиброларинготрахеобронхоскопию
- трахеостомию
- торакотомию, резекцию пораженной доли легкого
- дренирование верхнего средостения

**При неэффективности консервативной терапии интерстициальной эмфиземы легкого в течение +\_\_+ часов выполняется торакотомия и резекция пораженной доли легкого**

- 48
- 24
- 72
- 96

**Рентгенография органов грудной клетки при всех разновидностях синдрома утечки воздуха является**

- необязательным методом исследования
- нежелательным методом при обследовании недоношенного новорождённого
- рискованным методом исследования
- «золотым стандартом» диагностики

**Клиническим проявлением подкожной эмфиземы при синдроме утечки воздуха является + \_\_\_\_\_ + мягких тканей**

- необязательным методом исследования
- нежелательным методом при обследовании недоношенного новорождённого
- рискованным методом исследования
- «золотым стандартом» диагностики

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в перинатальном центре.

### **Жалобы**

На вздутие живота, отсутствие стула, застойное отделяемое по желудочному зонду.

### **Анамнез заболевания**

Аntenатально – на 32 неделе по данным УЗИ, установлен диагноз - обструкция кишечника на низком уровне. После рождения у ребенка по желудочному зонду появился застой, отсутствие стула. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – уровни жидкости в проекции петель тонкой кишки.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 родов в головном предлежании. Беременность 36 недель на фоне многоводия, врожденного порока развития плода, хронической фетоплацентарной недостаточности. Масса при рождении 3460 г. По Апгар 5/7 баллов, длина тела – 50 см, окружность головы - 35 см, окружность грудной клетки – 34 см. Не вакцинирован. Аудиологический и неонатальный скрининги не проводились.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное. Реакция на осмотр – болезненная. Крик громкий. Дыхание спонтанное. Не кормится. По зонду из желудка – застой желто-зеленого цвета в скудном количестве. + Кожные покровы чистые, умеренной влажности, бледно-розовые. Большой родничок не напряженный. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. Видимые слизистые розовые, влажные. + Грудная клетка не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. + Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям. Хрипов нет. + Тоны сердца приглушены, ритмичные, патологических шумов нет. +

Живот вздут, увеличен в объеме, не напряжен, мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Признаков перитонита нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. +

Стул в виде неокрашенных слизистых пробок. После очистительной клизмы получена слизь. +

Моча на подгузнике светло-желтого цвета. Яички в мошонке S=D.

**Необходимыми для постановки диагноза методами обследования в данном случае являются**

- необязательным методом исследования
- нежелательным методом при обследовании недоношенного новорождённого
- рискованным методом исследования
- «золотым стандартом» диагностики

**Результаты обследования**

**Для исключения незавершенного поворота кишечника необходимо выполнить**

- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- очистительную клизму
- колоноскопию
- ирригографию

**На основании анамнеза, жалоб, данных объективного осмотра и дополнительных методов исследования можно поставить предполагаемый диагноз**

- фиброэзофагогастродуоденоскопию
- очистительную клизму
- колоноскопию
- ирригографию

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано провести**

- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по экстренным показаниям
- консервативную терапию
- оперативное лечение на втором году жизни



**При атрезии тонкой кишки оперативное лечение показано в объеме**

- выведения кишечной стомы
- наложения гастроэнтероанастомоза
- наложения обходного анастомоза желудка по roux
- наложения межкишечного анастомоза

**При атрезии тонкой кишки и значительной разнице диаметров приводящего и отводящего отделов интраоперационно показано проведение**

- наложение гастроэнтероанастомоза
- наложение обходного анастомоза желудка по roux
- выведение кишечной стомы
- интестинопластики

**Выделяют +\_+ типа атрезии тонкой кишки**

- 4
- 6
- 2
- 8

**Аntenатальными признаками кишечной непроходимости являются**

- отсутствие расширения петель кишечника и маловодие
- отсутствие визуализации желудка
- неравномерное расширение кишечных петель и многоводие
- маловодие

**Неполная обтурация просвета, клинически выражающаяся частичной кишечной непроходимостью, характерна для +\_\_+ типа атрезии тонкой кишки**

- 2
- 4
- 3
- 1

**Проводить антенатальную диагностику атрезии тонкой кишки возможно**

- на 10 неделе гестации
- на 15 неделе гестации
- в конце II триместра
- в конце I триместра

**Атрезия тонкой кишки, в среднем, встречается с частотой**

- 1:10000
- 1:30000
- 1:300
- 1:3000

**Антибиотикопрофилактика при врожденной низкой кишечной непроходимости проводится за + \_\_\_\_\_ + до операции**

- 1:10000
- 1:30000
- 1:300
- 1:3000

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденной девочки детским хирургом в родильном доме.

### **Жалобы**

На вздутие живота в эпигастрии, невозможность энтерального кормления, застойное отделяемое по желудочному зонду.

### **Анамнез заболевания**

На антенатальном ультразвуковом скрининге на 30 неделе беременности выявлено многоводие, расширение желудка. Ребенок родился на 37 неделе гестации с массой тела 3180 грамм, женского пола. После рождения ребенка был установлен желудочный зонд, одновременно получено 65 мл отделяемого темно-зеленого цвета. В связи с подозрением на кишечную непроходимость вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок (девочка) от 2 беременности, 2 срочных родов путем Кесарева сечения на 37 неделе гестации. Масса при рождении 3180 грамм. Длина 52 см, окружность головы 35 см, окружность грудной клетки 34 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Не привита. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. С рождения не кормился, меконий не отходил.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. В сознании. На осмотр – беспокойство.

Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. +

По назогастральному зонду отходит отделяемое темно-зеленого цвета. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный.

Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. +

Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям.

Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. +

Тоны сердца ясные, ритмичные. +

Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; запавший, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень на 1,0 см ниже края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется.

Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. +

Выполнена очистительная клизма, получена скудная неокрашенная слизь.

Мочеиспускание самостоятельное, моча желтая, без патологических примесей.

+

Наружные половые органы сформированы по женскому типу, правильно.

**Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются**

- 1:10000
- 1:30000
- 1:300
- 1:3000

**Результаты обследования**

**Для исключения сопутствующего незавершенного поворота кишечника необходимо выполнить**

- колоноскопию
- ирригографию
- очистительную клизму
- фиброэзофагогастродуоденоскопию

**Необходимость проведения генетического обследования у детей с врожденной дуоденальной непроходимостью обусловлена сочетанием в 30% с трисомией +\_\_+ хромосомы**

- 13
- 22
- 21
- 18

**На основании данных анамнеза, жалоб, объективного и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз**

- 13

- 22
- 21
- 18

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано**

- оперативное лечение по неотложным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение после достижения возраста 6 месяцев
- консервативное лечение

### **Оперативное лечение данному пациенту показано в объеме**

- наложения гастроэнтероанастомоза
- наложения обходного анастомоза по технологии Kimura
- выведения двустольной кишечной стомы
- наложения обходного анастомоза желудка по roux

### **Врожденная дуоденальная непроходимость в 30% случаев может сочетаться с синдромом**

- Дауна
- Эдвардса
- Алажилля
- Патау

### **Причиной летальных исходов при врожденной дуоденальной непроходимости в основном являются пороки**

- конечностей
- сердца
- головного мозга
- желчных ходов

### **Аntenатальным ультразвуковым симптомом дуоденальной непроходимости является**

- отсутствие визуализации желудка
- маловодие
- «\_double bubble\_»
- макросомия

### **Атрезия двенадцатиперстной кишки в популяции встречается с частотой**

- 1:1000
- 1:5000
- 1:500
- 1:50000

**Аntenатальную диагностику атрезии двенадцатиперстной кишки возможно проводить с +\_\_+ недели гестации**

- 10
- 15
- 18
- 12

**Антибиотикопрофилактика при врожденной низкой кишечной непроходимости проводится за +\_\_\_\_\_+ до операции**

- 10
- 15
- 18
- 12

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр ребенка 4 месяцев жизни в реанимационном отделении для новорожденных.

### **Жалобы**

На невозможность энтерального кормления через рот, частые рецидивирующие пневмонии.

### **Анамнез заболевания**

С рождения отмечаются редкие эпизоды срыгивания и поперхивания после кормления через рот. За 4 месяца жизни трижды ребенок переносил пневмонию с переводом на искусственную вентиляцию легких. В настоящий момент ребенок находится в реанимационном отделении по поводу двусторонней пневмонии с дыхательной недостаточностью. На консультацию приглашен детский хирург с целью исключения хирургической патологии.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 1 беременности, 1 родов оперативным путем. Беременность 34 недель. Масса при рождении 2120 грамм. Длина 43 см, окружность головы 31

см, окружность грудной клетки 29 см. По шкале Апгар 6/7 баллов. Прививки – медотвод. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние ребенка тяжелое, тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью. Кормится смесью через назогастральный зонд, по 50 мл, усваивает. При кормлении через рот – поперхивание. Кожные покровы бледные, чистые, умеренной влажности. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит слабо. +

Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям.

Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям. Влажные разнокалиберный хрипы по всем полям. +

Тоны сердца звучные, ритмичные. Смещения средостения нет. Язык влажный, чистый. +

Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации.

Печень на 1,0 см ниже края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника активная. Стул самостоятельный, 3-4 раза в сутки. желтого цвета, кашицей. Без патологических примесей. +

Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. +

Половые органы сформированы по женскому типу, правильно.

### **Необходимыми лабораторными методами исследования для постановки диагноза в данном случае являются**

- 10
- 15
- 18
- 12

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования в данном случае являются**

- 10
- 15
- 18
- 12

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Дополнительными методами обследования с целью выявления возможных сопутствующих врожденных пороков развития являются**

- 10
- 15
- 18
- 12

**Результаты обследования**

**На основании анамнеза жалоб, физикального обследования и результатов дополнительных методов исследования можно поставить диагноз**

- 10
- 15
- 18
- 12

**Диагноз**

**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано провести**

- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по срочным показаниям
- консервативную терапию

**Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в**

- ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня
- федеральном центре
- родильном доме «на месте»
- учреждении 3 уровня с неонатальной реанимацией и хирургией

**Объем предоперационной подготовки состоит в**

- пробном энтеральном кормлении через рот и проведении противовоспалительной гормональной терапии
- переводе на искусственную вентиляцию легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности
- проведении гемотрансфузии и пробном энтеральном кормлении через рот
- санации трахеобронхиального дерева и лечении аспирационной пневмонии и предоперационной антибиотикопрофилактике

**Оптимальный объем оперативного лечения при высоком расположении трахеопищеводного свища включает в себя мобилизацию, перевязку и пересечение соустья + \_\_\_\_\_ + доступом**

- эндотрахеальным
- эндоэзофагеальным
- левосторонним шейным
- правосторонним шейным

**Антибиотикопрофилактика данному ребенку проводится за + \_\_\_\_\_ + до операции**

- 2 часа
- 3 часа
- 30 минут
- 1 час

**Врожденный порок развития изолированный трахеопищеводный свищ развивается на + \_\_\_ + неделе гестации**

- 11-14
- 8-10
- 4-5
- 6-7

**При своевременной диагностике и лечении, прогноз при изолированном трахеопищеводном свище является**

- благоприятным
- неблагоприятным
- смертельным
- сомнительным

**Частота изолированного трахеопищеводного свища составляет + \_\_\_ + % от всех аномалий пищевода**

- благоприятным
- неблагоприятным
- смертельным
- сомнительным

**Условие ситуационной задачи**



### **Ситуация**

Осмотр новорожденного 10 суток жизни в отделении реанимации перинатального центра.

### **Жалобы**

На резкое ухудшение состояния ребенка, нарастание дыхательной и сердечной недостаточности, цианоз.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок с рождения находится на искусственной вентиляции легких. Около 3 часов назад резкое ухудшение состояния в связи с нарастанием дыхательной и сердечной недостаточности.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 5 беременности, 3 преждевременных родов на 31 неделе. Беременность протекала на фоне угрозы прерывания. Масса при рождении 2030 г. По шкале Апгар 3/4 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние крайне тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, недоношенностью. Сознание - оглушение. Реакция на осмотр - беспокойство. Кормление в назогастральный зонд усваивает. Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Крепитация мягких тканей шеи и грудной клетки. Язык влажный, чистый. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание аппаратное через интубационную трубку – высокочастотная вентиляция легких. Грудная клетка перераздута. Аускультативно дыхание ослабленно с двух сторон. Хрипы - влажные проводные. Тоны сердца резко приглушены. Артериальное давление 35/20 мм рт. ст. ЧСС – 195 ударов в минуту. Сатурация кислорода крови 78%. Живот правильной формы, подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стула при осмотре нет. Мочеиспускание по уретеральному катетеру, диурез снижен.

**Для установления диагноза необходимыми методом исследования в данном случае является**

- благоприятным

- неблагоприятным
- смертельным
- сомнительным

### **Результаты обследования**

**Наличие рентгенологического симптома «крыло бабочки» (свободный воздух вокруг вилочковой железы) свидетельствует о наличии у пациента**

- пневмомедиастинума
- пневмоперитонеума
- пневмоперикарда
- пневмоторакса

**На основании анамнеза, жалоб, данных объективного осмотра и дополнительных методов исследования, можно поставить диагноз**

- пневмомедиастинума
- пневмоперитонеума
- пневмоперикарда
- пневмоторакса

### **Диагноз**

**Основной задачей лечения при данном состоянии является**

- устранение напряжения средостения
- медикаментозная коррекция нарушений сердечной деятельности
- динамическое наблюдение
- медикаментозная коррекция дыхательной недостаточности

**Данному ребенку оперативное лечение показано в объеме**

- пункции средостения
- дренирования правой плевральной полости
- пункции перикарда
- пункции левой плевральной полости

**Наиболее оптимальной тактикой лечения пневмомедиастинума у новорожденного, находящегося на спонтанном дыхании, является**

- фибротрехеобронхоскопия
- пункция средостения
- дренирование средостения
- динамическое наблюдение

**Риск развития синдрома утечки воздуха у недоношенных новорожденных увеличивается при**

- аспирации мекония
- проведении фототерапии
- введении сурфактанта
- зондировании желудка

**К факторам риска развития бронхолегочной дисплазии относят**

- легочную гипертензию
- пневмомедиастинум
- дефект межпредсердной перегородки
- острую пневмонию

**При отсутствии эффекта от дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе показано выполнить**

- санационную фиброларинготрахеобронхоскопию
- ушивание бронхоплеврального свища
- дренирование верхнего средостения
- трахеостомию

**Клиническим проявлением подкожной эмфиземы при синдроме утечки воздуха является**

- гипертермия мягких тканей
- отечность мягких тканей
- крепитация мягких тканей
- флюктуация мягких тканей

**Данные боковой рентгенографии органов грудной клетки являются информативными в случае**

- интерстициальной легочной эмфиземы
- врожденной лобарной эмфиземы
- пневмоторакса
- пневмомедиастинума

**Патологическое состояние, характеризующееся повреждением альвеол и терминальных бронхиол, приводящее к скоплению газа вне дыхательных путей определяют как**

- интерстициальной легочной эмфиземы

- врожденной лобарной эмфиземы
- пневмоторакса
- пневмомедиастинума

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденного 7 суток жизни в отделении реанимации перинатального центра.

### **Жалобы**

На резкое ухудшение состояния ребенка, нарастание дыхательной и сердечной недостаточности, цианоз.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок с рождения находится на искусственной вентиляции легких. Около 1 часа назад резкое ухудшение состояние с нарастанием дыхательной и сердечной недостаточности.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 4 беременности, 2 преждевременных родов на 29 неделе. Беременность на фоне угрозы прерывания беременности. Масса при рождении 1850 грамм. По шкале Апгар 2/4 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние крайне тяжелое обусловленное сердечной недостаточностью, недоношенностью. Сознание оглушение. Реакция на осмотр - беспокойство. Кормление в назогастральный зонд усваивает. Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. Видимые слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание аппаратное через интубационную трубку. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочный звук. Аускультативно дыхание ослабленно с двух сторон. Хрипы - влажные проводные. Тоны сердца резко приглушены, выслушиваются с затруднением. Давление 35/18 мм рт. ст. ЧСС – 80 ударов в минуту. Сатурация крови 50%. Живот правильной формы, подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не

пальпируется. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стула при осмотре нет. Мочеиспускания по уретеральному катетеру, диурез снижен.

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- интерстициальной легочной эмфиземы
- врожденной лобарной эмфиземы
- пневмоторакса
- пневмомедиастинума

**Результаты обследования**

**Дифференциальным отличием пневмоперикарда от пневмомедиастинума на рентгенограмме является наличие**

- свободного воздуха в плевральной полости
- специфического симптома - «крыло бабочки»
- полоски воздуха под диафрагмой
- полоски воздуха вдоль нижней половины сердца над диафрагмой.

**Учитывая данные анамнеза, объективного обследования и инструментальных методов исследования, можно поставить диагноз**

- свободного воздуха в плевральной полости
- специфического симптома - «крыло бабочки»
- полоски воздуха под диафрагмой
- полоски воздуха вдоль нижней половины сердца над диафрагмой.

**Диагноз**

**Учитывая диагноз, ребенку показано (-а)**

- оперативное лечение по экстренным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- консервативная терапия
- оперативное лечение в неотложном порядке

**Данному ребенку оперативное лечение показано в объеме**

- пункции средостения
- пункции левой плевральной полости
- пункции перикарда
- дренирования правой плевральной полости

**Пункцию перикарда при пневмоперикарде выполняют**

- фибротрехеобронхоскопия под контролем бронхоскопии
- пункция средостения на фоне ЭКМО
- дренирование средостения на фоне искусственного кровообращения
- динамическое наблюдение под контролем УЗИ

**Риск развития синдрома утечки воздуха у недоношенных новорожденных увеличивается при**

- проведении фототерапии
- зондировании желудка
- аспирации мекония
- введении сурфактанта

**Состоянием, требующем хирургического вмешательства при бронхолегочной дисплазии, считается**

- персистирующая легочная гипертензия
- респираторный дистресс-синдром
- пневмоперикард
- пневмония

**При отсутствии эффекта от пункции перикарда показано выполнить**

- дренирование верхнего средостения
- прямой массаж сердца
- дренирование перикарда
- стернотомию

**Клиническим проявлением подкожной эмфиземы при синдроме утечки воздуха является + \_\_\_\_\_ + мягких тканей**

- крепитация
- отечность
- гипертермия
- флюктуация

**При проведении пункции перикарда наиболее частым осложнением является**

- гемоперитонеум
- пневмоперитонеум
- пневмоторакс
- гемоперикард

**Патологическое состояние, характеризующееся повреждением альвеол и терминальных бронхиол, приводящее к скоплению газа вне дыхательных путей называется**

- гемоперитонеум
- пневмоперитонеум
- пневмоторакс
- гемоперикард

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденного ребенка 3 суток жизни в родильном доме хирургом.

### **Жалобы**

На резкое ухудшение состояния в виде одышки, цианоза, вздутия живота, срыгивания.

### **Анамнез заболевания**

Дыхательных расстройств после рождения у ребенка не отмечалось.

Планировалась выписка из роддома в декретированные сроки. Около 3 часов назад наступило резкое ухудшение состояние с нарастанием дыхательной недостаточности, вздутием живота.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 3 беременности, 2 естественных родов в головном предлежании. Беременность 39-40 недель. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вес при рождении 4200 г. Рост 54 см. Профилактические прививки: БЦЖ-М, ВГВ – в роддоме. Неонатальный скрининг взят. Аудиоскрининг прошел. Кормление с рождения грудное.

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое. Реакция на осмотр - беспокойство. Кормление не усваивает (кормился грудным молоком), последнее кормление срыгнул. +

Кожные покровы бледно-розовые с периорбитальным цианозом, умеренной влажности, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. Зев спокойный, налета нет. Видимые слизистые розовые, влажные. +

Периферические лимфоузлы не увеличены. +

Дыхание самостоятельное. Частота дыхания 50 в мин. Грудная клетка симметричная. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены. +

Живот резко вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует, напряжен, резко болезненный во всех отделах. Печень не увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника не выслушивается. Стула при осмотре нет. +

Мочеиспускание самостоятельное. Моча светло-желтая.

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в данном случае является**

- гемоперитонеум
- пневмоперитонеум
- пневмоторакс
- гемоперикард

**Результаты инструментального метода обследования**

**Дополнительным методом обследования в данном случае является**

- гемоперитонеум
- пневмоперитонеум
- пневмоторакс
- гемоперикард

**Результаты обследования**

**На основании анамнеза, данных физикального осмотра и инструментальных методов исследования, можно поставить диагноз**

- гемоперитонеум
- пневмоперитонеум
- пневмоторакс
- гемоперикард

**Диагноз**

**Учитывая диагноз, ребенку показано**

- динамическое наблюдение
- оперативное лечение по экстренным показаниям
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение в срочном порядке

**На первом этапе ребенку показано дренирование брюшной полости с целью**



- промывания брюшной полости
- диагностики содержимого в брюшной полости
- снижения внутрибрюшного давления
- перитонеального диализа

**Радикальное хирургическое вмешательство при спонтанной перфорации кишечника предполагает**

- тотальную колэктомию
- санацию и дренирование брюшной полости с последующей выжидательной тактикой
- резекцию измененной кишки с созданием анастомоза
- резекцию измененной кишки с энтеростомией

**Энтеральное кормление начинают проводить**

- после закрытия энтеростомы
- по стабилизации общего состояния ребенка
- после удаления дренажей
- на 1 сутки после операции

**Наиболее физиологичным для энтерального кормления детей данного возраста является**

- материнское грудное молоко
- гидролизованная смесь
- донорское грудное молоко
- смесь для недоношенных

**Спонтанная перфорация кишечника у детей происходит чаще на + \_\_\_\_ + днях жизни**

- 25-30
- 0-10
- 13-18
- 19-24

**Потенциальной причиной спонтанной перфорации кишечника является постнатальное применение + \_\_\_\_\_ + препаратов**

- нестероидных противовоспалительных
- антибактериальных
- антихолинэргических

- противогрибковых

### **Для некротизирующего энтероколита характерна**

- метаболический алкалоз
- тромбоцитопения
- артериальная гипертензия
- гипернатриемия

### **Рентгенологическим симптомом спонтанной перфорации кишечника является**

- метаболический алкалоз
- тромбоцитопения
- артериальная гипертензия
- гипернатриемия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Вызов хирурга на осмотр к новорожденному 16 суток жизни в перинатальном центре.

### **Жалобы**

На одышку, цианоз, выбухание обеих половин грудной клетки.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок с рождения находится на искусственной вентиляции легких. Около 2 часов назад резкое ухудшение состояние с нарастанием дыхательной недостаточности.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 5 беременности, 4 преждевременных родов на 31 неделе. Беременность на фоне угрозы прерывания. Масса при рождении 2120 г. По шкале Апгар 3/4 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние крайне тяжелое, тяжесть обусловлена дыхательной недостаточностью, недоношенностью. Сознание оглушение. Реакция на осмотр - беспокойство. Кормление через назогастральный зонд усваивает. Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. + Зев спокойный, налета нет. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. +

Дыхание аппаратное через интубационную трубку. Грудная клетка перераздута, экскурсии грудной клетки нет. Перкуторно коробочный звук с двух сторон. Аускультативно дыхание резко ослаблено, практически не проводится с двух сторон. Сатурация крови 52%. Тоны сердца выслушиваются приглушены. + Живот правильной формы, подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, выступает на 1,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника удовлетворительная. + Стула при осмотре нет. Мочеиспускания по уретеральному катетеру, диурез снижен.

**Для диагностики состояния необходимым инструментальным методом обследования в данном случае является**

- метаболический алкалоз
- тромбоцитопения
- артериальная гипертензия
- гипернатриемия

**Результаты инструментального метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза дополнительными инструментальными методами исследования в данном случае являются**

- бронхоскопия
- трансиллюминация грудной клетки
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- сцинтиграфия легких
- ЭХО-кардиография
- электрокардиография

**Данные анамнеза, жалоб, а также объективного физикального и инструментальных методов исследования позволяют поставить диагноз**

- бронхоскопия
- трансиллюминация грудной клетки
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- сцинтиграфия легких
- ЭХО-кардиография
- электрокардиография

**Диагноз**

### **Учитывая диагноз, ребенку показано**

- оперативное лечение в срочном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- проведение консервативного лечения
- оперативное лечение по экстренным показаниям

### **Оптимальная тактика лечения в данном случае, заключается в проведении**

- дренирования левой и правой плевральных полостей
- фиброларинготрахеобронхоскопии
- пункции левой и правой плевральных полостей
- торакоскопии с двух сторон

### **Наиболее оптимальным методом лечения пневмоторакса у новорожденного, находящегося на спонтанном дыхании является**

- фиброларинготрахеобронхоскопия
- пункция плевральной полости
- дренирование средостения
- дренирование плевральной полости

### **У недоношенных новорожденных риск развития синдрома утечки воздуха увеличивается при**

- морфофункциональной незрелости
- проведении фототерапии
- введении сурфактанта
- зондировании желудка

### **Хирургическое вмешательство при бронхолегочной дисплазии требуется в случае развития**

- пневмонии
- пневмоторакса
- кислородозависимости
- персистирующей легочной гипертензии

### **При отсутствии эффекта от дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе показано выполнить**

- трахеостомию
- ушивание бронхоплеврального свища
- дренирование верхнего средостения
- санационную фиброларинготрахеобронхоскопию

**При неэффективности консервативной терапии интерстициальной эмфиземы легкого в течение +\_\_+ часов выполняется торакотомия и резекция пораженной доли легкого**

- 24
- 48
- 12
- 72

**Патологическое состояние, характеризующееся повреждением альвеол и терминальных бронхиол, приводящее к скоплению газа вне дыхательных путей определяется как**

- кистозно-аденоматозная мальформация
- синдром утечки воздуха
- гипоплазия легких
- диафрагмальная грыжа

**«Золотым стандартом» диагностики всех разновидностей синдрома утечки воздуха является**

- кистозно-аденоматозная мальформация
- синдром утечки воздуха
- гипоплазия легких
- диафрагмальная грыжа

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Осмотр новорожденного 14 суток жизни в перинатальном центре.

### **Жалобы**

На одышку, цианоз, выбухание левой половины грудной клетки.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок с рождения находится на искусственной вентиляции легких. Около 3 часов назад отмечается резкое ухудшение состояния с нарастанием дыхательной недостаточности.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 2 беременности, 2 преждевременных родов на 30 неделе.

Беременность проходила на фоне угрозы прерывания. Масса при рождении

1950 г. По шкале Апгар 3/4 балла. Не привит. Неонатальный и аудиоскрининг проведены.

### **Объективный статус**

Состояние крайне тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью и недоношенностью. Сознание – оглушение. Реакция на осмотр - беспокойство. Кормление в назогастральный зонд усваивает. Кожные покровы бледно-розовые с цианозом, сухие, чистые. Большой родничок не напряженный. Склеры белые, кровоизлияний нет. Подкожно-жировой слой развит слабо, тургор тканей снижен. Язык влажный, чистый. Зев спокойный, налета нет. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание аппаратное через интубационную трубку. Грудная клетка асимметрична с выбуханием левой половины грудной клетки с отсутствием экскурсии. Перкуторно коробочный звук слева. Аускультативно дыхание слева не проводится, справа жесткое. Хрипы - влажные проводные справа. Тоны сердца выслушиваются справа от грудины, приглушены. Живот правильной формы, подвздут, симметричный, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень не увеличена, на 1,0 см ниже края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Стула при осмотре нет. Мочеиспускания по уретеральному катетеру, диурез снижен.

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования в данном случае является**

- кистозно-аденоматозная мальформация
- синдром утечки воздуха
- гипоплазия легких
- диафрагмальная грыжа

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Дополнительным инструментальным методом исследования для постановки диагноза в данном случае является**

- ультразвуковое исследование грудной клетки
- трансиллюминация грудной клетки
- ЭХО-кардиография
- бронхоскопия
- сцинтиграфия легких
- электрокардиография

**На основании данных анамнеза, физикального обследования и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз**

- ультразвуковое исследование грудной клетки
- трансиллюминация грудной клетки
- ЭХО-кардиография
- бронхоскопия
- сцинтиграфия легких
- электрокардиография

**Диагноз**

**Учитывая диагноз, ребенку показано**

- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по экстренным показаниям
- оперативное лечение в неотложном порядке
- проведение консервативной терапии

**Данному ребенку оперативное лечение показано в объеме**

- торакоскопии
- дренирования левой плевральной полости
- пункции левой плевральной полости
- фиброларинготрахеобронхоскопии

**Наиболее оптимальным методом лечения пневмоторакса у новорожденного, находящегося на спонтанном дыхании является**

- дренирование средостения
- пункция плевральной полости
- фиброларинготрахеобронхоскопия
- дренирование плевральной полости

**Риск развития синдрома утечки воздуха у недоношенных новорожденных увеличивается при**

- аспирации мекония
- проведении фототерапии
- зондировании желудка
- введении сурфактанта

**Состоянием, требующим хирургического вмешательства при бронхолегочной дисплазии, является**

- персистирующая легочная гипертензия
- интерстициальная пневмония
- склероз легких
- пневмоторакс

**При отсутствии эффекта от дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе, ребенку показано проведение**

- ушивания бронхоплеврального свища
- санационной фиброларинготрахеобронхоскопии
- трахеостомии
- дренирования верхнего средостения

**При неэффективности консервативной терапии интерстициальной эмфиземы легкого в течение +\_\_+ часов выполняется торакотомия и резекция пораженной доли легкого**

- 12
- 48
- 24
- 72

**«Золотым стандартом» диагностики всех разновидностей синдрома утечки воздуха является**

- рентгенография органов грудной клетки
- магнитно-резонансной томография
- оценка газового состава крови
- сцинтиграфия

**Патологическое состояние, характеризующееся повреждением альвеол и терминальных бронхиол, приводящее к скоплению газа вне дыхательных путей, определяется как**

- рентгенография органов грудной клетки
- магнитно-резонансной томография
- оценка газового состава крови
- сцинтиграфия

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**



В поликлинику к детскому хирургу обратилась девочка 15 лет в сопровождении мамы.

### **Жалобы**

Боль в промежности, отек, гиперемию, в области копчика.

### **Анамнез заболевания**

Боли в течение трех последних дней. Утром отмечает появление гиперемии в межъягодичной складке выше ануса на 2 см, боли усилились особенно в положении сидя. Появилось покраснение отек в заинтересованной области, из-за боли при дефекации задержка стула в течение двух дней.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 2 беременности, 2х родов, беременность без патологии, роды оперативные на 39 неделе гестации. Вес при рождении 3220 грамм. На 5 сутки ребенок был выписан из роддома домой в удовлетворительном состоянии. Привита по возрасту. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Mensis с 13 лет, цикл установился с 14 лет, 28-30 дней, в настоящее время 14 день менструального цикла.

### **Объективный статус**

Рост 170 см вес 62 кг. +

Состояние общее не отягощено. Температура 36,9°C. ЧДД - 19 в минуту. ЧСС - 78 в минуту. АД - 110/60 мм. рт. ст. +

Развитие гармоничное. По органам и системам грудной клетки и брюшной полости без особенностей. +

Локально, в межъягодичной области, в проекции копчика отмечается воронкообразное втяжение, достоверно свищевой ход не определяется. Вокруг отмечается отек, гиперемия мягких тканей, болезненность при пальпации. В центре втяжения отмечаются признаки флюктуации.

### **При осмотре ребенка необходимо выполнить**

- контрастирование свищевого хода раствором анилинового красителя
- промывание свищевого хода раствором антисептика
- ректальное пальцевое исследование
- клизму с гипертоническим солевым раствором

### **Инструментальным исследованием, необходимым для постановки диагноза в данном случае, является**

- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковое исследование
- компьютерная томография

- фиброколоноскопия

### **Предполагаемый диагноз**

- магнитно-резонансная томография
- ультразвуковое исследование
- компьютерная томография
- фиброколоноскопия

### **Диагноз**

**Учитывая анамнез заболевания, состояние ребенка и определенный клинический диагноз, тактика детского хирурга заключается в**

- оперативном лечении в условиях поликлиники
- направлении на госпитализацию в экстренном порядке
- направлении на госпитализацию в плановом порядке
- амбулаторном наблюдении

**Для госпитализации ребёнка в стационар, врач поликлиники оформляет направление по форме**

- 095/у
- 003/у
- 086/у
- 057/у

**В данном случае пациенту рекомендовано проведение**

- физиотерапевтического лечения
- динамического наблюдения
- консервативной местной терапии
- хирургического лечения

**Антибиотикопрофилактика при оперативном лечении пилонидальной кисты выполняется за +\_\_+ минут до выполнения кожного разреза**

- 5
- 15
- 90
- 30

**С целью антибиотикопрофилактики рекомендовано использовать**

- пенициллины

- карбапенемы
- аминогликозиды
- цефалоспорины

**Наиболее частым осложнением при пилонидальной кисте является**

- обтурационная кишечная непроходимость
- прободение прямой кишки
- малигнизация
- нагноение

**Пилонидальные кисты образуются в результате неполной редукции**

- бывших мышц хвоста
- нижних (пятых) жаберных дуг
- желточного мешка
- мюллеровых протоков

**Хирургическое лечение при данном заболевании без гнойного воспаления показано при**

- наличии узких псевдоустий на коже в межъягодичной области
- четко выраженной кожной «воронке» в области копчика
- рецидивирующем парапроктите с формированием свища по задней стенке анального канала
- наличии в анамнезе травмы копчика с его диспозицией по данным рентгенографии

**Свищевой ход, идущий от пилонидальной кисты, в большей части случаев**

- наличии узких псевдоустий на коже в межъягодичной области
- четко выраженной кожной «воронке» в области копчика
- рецидивирующем парапроктите с формированием свища по задней стенке анального канала
- наличии в анамнезе травмы копчика с его диспозицией по данным рентгенографии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение хирургического стационара доставлена девочка 15 лет.

## **Жалобы**

На боль в эпигастральной и правой подвздошной области, усиливающиеся при ходьбе и в положении стоя. Повышение температуры до 38,2°C. Многократную рвоту, не приносящую облегчения.

## **Анамнез заболевания**

Накануне вечером появились тянущие боли в правом подреберье, после ужина. В 15.00 текущих суток боли стали носить выраженный характер, концентрировались в эпигастрии с иррадиацией в правую подвздошную область, появилась рвота, не принесящая облегчения. Стул был за сутки до появления болей, обычной консистенции, оформленный, темно коричневый. Вызвали «скорую» в 16.00, сразу доставлены в стационар.

## **Анамнез жизни**

Ребенок от второй беременности, роды на 39 неделе, физиологические. +

При рождении оценка по шкале Апгар – 7/9. +

Развитие согласно полу и возрасту. Учится в школе. Успеваемость, память – удовлетворительные. +

Травмы и операции отрицает +

Инфекционные заболевания: ОРВИ – 1-2 раза в год. +

На учете у узких специалистов не состоит. +

Аллергологический анамнез: не отягощен

## **Объективный статус**

Рост – 160 см. Вес – 42 кг 700 гр. +

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное – сидит, так как в положении стоя и при ходьбе боли усиливаются. Температура – 38,2 °C, частота дыхательных движений – 24 в минуту, частота сердечных сокращений – 95 в минуту. +

Телосложение правильное, астеничное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. +

Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. +

Грудная клетка без признаков деформации, участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Гемодинамически стабильна, артериальное давление – 120/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное. +

Локальный статус: живот обычной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания. Подкожно – жировой слой развит умеренно. При пальпации отмечается выраженная болезненность в эпигастрии и в правых отделах

живота. Симптомы Мерфи, Ортнера и Захарьина положительные, симптом Щеткина – Блюмберга положительный в правых отделах. Печень пальпируется на уровне реберной дуги, болезненна при пальпации, селезенка не пальпируется. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно.

#### **С целью дообследования необходимо выполнить**

- наличия узких псевдоустий на коже в межъягодичной области
- четко выраженной кожной «воронке» в области копчика
- рецидивирующем парапроктите с формированием свища по задней стенке анального канала
- наличия в анамнезе травмы копчика с его диспозицией по данным рентгенографии

#### **Результаты обследования**

**Инструментальный метод необходимый для постановки диагноза в данной ситуации - это**

- наличия узких псевдоустий на коже в межъягодичной области
- четко выраженной кожной «воронке» в области копчика
- рецидивирующем парапроктите с формированием свища по задней стенке анального канала
- наличия в анамнезе травмы копчика с его диспозицией по данным рентгенографии

#### **Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- наличия узких псевдоустий на коже в межъягодичной области
- четко выраженной кожной «воронке» в области копчика
- рецидивирующем парапроктите с формированием свища по задней стенке анального канала
- наличия в анамнезе травмы копчика с его диспозицией по данным рентгенографии

#### **Диагноз**

**Дифференциальную диагностику следует проводить с**

- дивертикулом Меккеля
- острым аппендицитом

- острым панкреатитом
- кишечной инфекцией

**При динамическом наблюдении в стационаре отмечается нарастание явлений интоксикации, местно в области правого подреберья более чётко выражено защитное мышечное напряжение. Тактикой хирурга в данной ситуации является**

- проведение компьютерной томографии
- экстренное оперативное лечение
- назначение антибактериальной терапии
- перевод ребенка в отделение реанимации для дальнейшего наблюдения

**При диагностической лапароскопии определяется флегмонозно измененный желчный пузырь, следует выполнить**

- холецистэктомию лапароскопически
- пункцию, дренирование желчного пузыря
- дренирование подпеченочного пространства, продолжить консервативную терапию
- конверсию на открытый доступ, холецистэктомию

**Выполнение холецистэктомии целесообразно проводить от**

- шейки желчного пузыря
- ворот печени
- дна желчного пузыря
- пузырного протока

**Во время операции, при выраженных воспалительных изменениях в желчном пузыре, особенно при инфильтратах, чаще всего, возможно повреждение**

- общего желчного протока
- общего печеночного протока
- пузырного протока
- желчного пузыря

**В данном случае холедохотомия не показана в связи с**

- наличием острого состояния
- бескаменной формой болезни
- выраженными воспалительными изменениями в общем анализе крови
- флегмонозной формой заболевания

**Гангрена желчного пузыря, как осложнение данного заболевания, развивается при несвоевременном оказании помощи на +\_\_\_+ сутки заболевания**

- 3-5
- 10-12
- 1-2
- 7-8

**Исходом катаральной формы острого холецистита чаще всего является**

- водянка желчного пузыря
- перитонит
- цирроз печени
- холангит

**Ведущей причиной развития застоя желчи у пациентов детского возраста является**

- водянка желчного пузыря
- перитонит
- цирроз печени
- холангит

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На амбулаторный прием обратилась мать с ребенком 4-х лет.

### **Жалобы**

На изменения в анализах крови.

### **Анамнез заболевания**

При прохождении обследования для оформления в детский сад у ребенка получен следующий результат общего анализа крови

|===

|Показатель |Результат |Норма

|Эритроциты |2,9 |3,8-4,5/л

|Гемоглобин |90 |120-140 г/л

|Лейкоциты |1,2 |4,0-9,0/л

|Цветовой показатель |0,8 |0,8-1,0

|Гематокрит |36 |35-45%

|Ретикулоциты |0,5 |0,2-1,2%

|Тромбоциты |50 |170,0-320,0x10<sup>9</sup>/л

|СОЭ |2 |2-15 мм/час

|===

### **Анамнез жизни**

Роды на 34 неделе гестации, в периоде новорожденности ребенок находился в отделении реанимации, перенес энтероколит, 6 суток находился на полном парентеральном питании, перенес тромбоз воротной вены вследствие катетер-ассоциированной инфекции (стоял пупочный катетер).

Аллергологический анамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

При осмотре: состояние ребенка стабильное. Не лихорадит. Ребёнок астенического телосложения. Рост 100 см, вес 12 кг.

Кожный покров и видимые слизистые бледные. Склеры субиктеричные.

Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 100 ударов в минуту.

Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Печень увеличена {plus}2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка {plus}5 см.

Половые органы развиты по женскому типу, правильно.

Стул оформленный, регулярный. Моча обычного цвета, диурез достаточный.

### **На этапе амбулаторного приема необходимо выполнить такое инструментальное исследование как**

- водянка желчного пузыря
- перитонит
- цирроз печени
- холангит

### **Результаты обследования**

#### **В качестве дообследования показано выполнение**

- водянка желчного пузыря
- перитонит
- цирроз печени
- холангит

### **Результаты обследования**



**На основании анамнеза, жалоб, данных дополнительных методов исследования, ребенку можно установить основной диагноз**

- водянка желчного пузыря
- перитонит
- цирроз печени
- холангит

**Диагноз**

**Осложнением основного заболевания в данном случае является**

- выраженный дефицит массы тела
- варикозное расширение вен пищевода
- хронический гепатит
- перитонит

**Изменения в анализах крови обусловлены**

- течением гепатита
- варикозным расширением вен пищевода
- явлениями гиперспленизма
- явлениями фиброза печени

**Основным методом лечения портальной гипертензии является**

- гемигепатэктомия
- склерозирование варикозных вен пищевода
- трансплантация печени
- наложение порто-кавального шунта

**В данном случае пациенту показано**

- оперативное лечение в экстренном порядке
- оперативное лечение в плановом порядке
- проведение курса склеротерапии вен пищевода
- проведение динамического наблюдения

**При выполнении наложения порто-кавального анастомоза в качестве оперативного доступа используется**

- мини-лапаротомия в правом подреберье
- доступ по Рио-Бранко
- срединная лапаротомия
- лапароскопический

**Наиболее опасным осложнением портальной гипертензии является**

- кровотечение из варикозных вен пищевода
- перитонит
- острая печеночная недостаточность
- гепато-пульмональный синдром

**Наиболее предпочтительным видом порто-кавального шунта является**

- сплено-портальный
- мезо-кавальный
- сплено-ренальный
- мезо-портальный

**«Золотым стандартом» диагностики портальной гипертензии является**

- ангиография
- сцинтиграфия
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография

**Изменения в коагулограмме у больных с портальной гипертензией обусловлены**

- ангиография
- сцинтиграфия
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к детскому хирургу в поликлинику обратилась мать с ребенком 3 месяцев.

### **Жалобы**

На образование в околоушной области.

### **Анамнез заболевания**

Впервые мать заметила изменения на коже на 7 сутки жизни ребенка. Образование имело вид красного пятна. Со временем образование начало увеличиваться в размере, появился подкожный компонент. Мать обратилась на прием в поликлинику.

### **Анамнез жизни**

Ребенок от 2 беременности, 1 срочных оперативных родов в связи с гестозом тяжелой степени. Вес при рождении 3000 гр, рост 50 см. Период новорожденности без особенностей. Привит по возрасту. Прибавка в весе достаточная. Ребенок на смешанном вскармливании. Аллергологический анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное. Не лихорадит. Активный, нервно-психическое развитие по возрасту. Рост 59 см, вес 5200 гр. +  
Кожный покров и видимые слизистые нормальной окраски. +  
Дыхание через нос свободное, аускультативно – пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. +  
Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений - 130 ударов в минуту. +  
Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Половые органы развиты по женскому типу, правильно. +  
Стул оформленный, регулярный. Моча обычного цвета, диурез достаточный.  
Местно:

### **Ребенку показано лабораторное обследование в объеме**

- биохимического анализа крови
- общего анализа мочи
- общего анализа крови
- исследования коагулограммы

### **Наиболее информативным методом диагностики при данной патологии является**

- ангиография
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- магнитно-резонансная томография

### **На основании жалоб, анамнестических и физикальных данных, ребенку можно поставить диагноз**

- ангиография
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование (УЗИ)
- магнитно-резонансная томография

## **Диагноз**

**В данном случае гемангиому можно определить как**

- простую
- смешанную
- кавернозную
- комбинированную

**Наибольшую трудность для лечения представляют**

- гемангиомы с локализацией на конечностях
- простые ангиомы
- смешанные гемангиомы
- комбинированные гемангиомы

**Наименее благоприятной считается локализацией гемангиом в области**

- спины
- туловища
- конечностей
- головы и шеи

**При выявлении питающего гемангиому сосуда, наиболее эффективным методом лечения является**

- склерозирование
- криодеструкция
- эндоваскулярная эмболизация питающего сосуда
- перевязка питающего сосуда

**При наличии простой ангиомы наиболее целесообразным методом лечения является**

- склеротерапия
- криодеструкция
- эндоваскулярная эмболизация
- хирургическое удаление

**Для консервативного лечения гемангиом используют**

- бета-адреноблокаторы
- альфа-адреноблокаторы
- холиномиметики
- холинолитики

### **Наиболее интенсивно гемангиомы растут**

- в пубертатном периоде
- в периоде новорожденности
- с 6-12 месяцев
- в первое полугодие жизни ребенка

### **Наиболее опасным осложнением обширных гемангиом является**

- инвазия в окружающие ткани
- кровотечение
- некроз
- тромбоз

### **При выявлении у ребенка с комбинированной гемангиомой тромбоцитопении в анализе крови, следует заподозрить синдром**

- инвазия в окружающие ткани
- кровотечение
- некроз
- тромбоз

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На консультацию обратилась мать с ребёнком 9 лет.

### **Жалобы**

На периодические боли в правом подреберье, тошноту.

### **Анамнез заболевания**

В течение нескольких месяцев ребенок жалуется на периодические боли в правом подреберье и тошноту, не связанную с приемом пищи. Обратились на консультацию к педиатру. При выполнении УЗИ брюшной полости в воротах печени выявлено кистозное образование, размером 2х3см, без признаков кровотока в нем, внутривенные желчные протоки расширены, ребенок направлен на консультацию к хирургу.

### **Анамнез жизни**

- \* Раннее развитие без особенностей
- \* У врачей-специалистов не наблюдается
- \* Ранее не обследован
- \* Аллергологический анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

При осмотре: ребёнок нормостенического телосложения. Рост 130 см, вес 28 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Склеры субиктеричные. Дыхание через нос свободное. При аускультации – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 90 ударов в минуту.

Живот мягкий, не вздут, болезненный в правом подреберье, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Половые органы развиты по женскому типу, правильно.

Стул оформленный, без патологических примесей, окрашенный. Моча визуально не изменена, дизурии нет.

### **Ребенку в данном случае необходимо назначить**

- инвазия в окружающие ткани
- кровотечение
- некроз
- тромбоз

### **Результаты обследования**

**В данном случае показано назначение лабораторного дообследования в объеме**

- инвазия в окружающие ткани
- кровотечение
- некроз
- тромбоз

### **Результаты обследования**

**Ребенку можно установить диагноз**

- инвазия в окружающие ткани
- кровотечение
- некроз
- тромбоз

### **Диагноз**

**Наиболее частыми осложнениями данного заболевания являются**

- холецистит

- перитонит
- гепатит
- холангит
- панкреатит
- дуоденит

**Основным методом лечения данного заболевания является**

- наложение билиодигестивного анастомоза
- гемигепатэктомия
- наложение цистоэнтероанастомоза
- холецистэктомия

**В данном случае, оперативное лечение необходимо проводить**

- по экстренным показаниям
- в возрасте 12-13 лет
- в плановом порядке в ближайшее время
- при увеличении образования в размере

**В данном случае оптимальным оперативным доступом является**

- верхнесрединная лапаротомия
- мини лапаротомия в правом подреберье
- доступ по Рио-Бранко
- лапароскопический

**В послеоперационном периоде для профилактики явлений холестаза и нормализации пассажа желчи используют**

- прокинетики
- блокаторы протонной помпы
- блокаторы протеолитических ферментов
- препараты урсодезоксихолевой кислоты

**При возникновении у ребенка приступа схваткообразных болей в правом подреберье, тошноты и рвоты, в первую очередь, следует думать о**

- разрыве кисты
- приступе желчной колики
- развитии кишечной непроходимости
- развитию острого гепатита

**В случае возникновения у пациента приступа желчной колики, первая помощь заключается в**

- желчегонной терапии
- экстренном оперативном вмешательстве
- введении анальгетика
- введении спазмолитика

**После оперативного лечения в качестве контрольного обследования на амбулаторном этапе показано выполнение**

- холангиографии
- рентгенографии органов брюшной полости
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования брюшной полости

**Контрольным лабораторным исследованием после оперативного лечения является**

- холангиографии
- рентгенографии органов брюшной полости
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования брюшной полости

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемный покой доставлен ребенок 4-х лет в сопровождении матери.

### **Жалобы**

На рвоту кровью.

### **Анамнез заболевания**

За несколько часов до поступления у ребенка возник подъем температуры тела до фебрильных цифр, ребенок стал вялым, затем появилась рвота темно-вишневой кровью. Бригадой СМП доставлен в приемный покой

### **Анамнез жизни**

Ребенок из недоношенных, роды на 34 неделе гестации, в периоде новорожденности находился в отделении реанимации, перенес энтероколит, 6 суток находился на полном парентеральном питании, перенес тромбоз воротной вены вследствие катетер-ассоциированной инфекции (стоял пупочный катетер).

В дальнейшем ребенку поставлен диагноз внепеченочная форма портальной гипертензии, наблюдается хирургом, планируется оперативное лечение.

Аллергологический анамнез не отягощен



### **Объективный статус**

При осмотре: состояние ребенка тяжелое. Субфебрильно лихорадит. Вялый. Ребёнок астенического телосложения. Рост 100 см, вес 12 кг. Кожный покров и видимые слизистые бледные. Склеры субиктеричные.

Дыхание через нос свободное, аускультативно – везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту.

Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

Печень увеличена +2,5см из-под края реберной дуги, селезенка +5см. Половые органы развиты по женскому типу, правильно.

Стул оформленный, регулярный. Моча обычного цвета, диурез достаточный.

**Для оценки тяжести состояния ребенка, в первую очередь, в условиях приемного отделения необходимо сделать**

- холангиографии
- рентгенографии органов брюшной полости
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования брюшной полости

### **Результаты обследования**

**В качестве дообследования в данном случае необходимо выполнить**

- холангиографии
- рентгенографии органов брюшной полости
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования брюшной полости

### **Результаты обследования**

**Источником кровотечения в данном случае является (-ются)**

- варикозные вены пищевода
- язвенный дефект желудка
- фатеров сосок
- геморроидальные вены

**Изменения в общем анализе крови обусловлены**

- течением гепатита
- варикозным расширением вен пищевода
- явлениями гиперспленизма

- явлениями фиброза печени

**Основным методом лечения портальной гипертензии является**

- склерозирование варикозных вен пищевода
- наложение портоэнтероанастомоза
- гемигепатэктомия
- наложение порто-кавального шунта

**В данном случае пациенту показана трансфузия**

- свежей замороженной плазмы
- криопреципитата
- альбумина
- тромбомассы

**Оперативным доступом в данном случае является**

- доступ по Рио-Бранко
- мини-лапаротомия в правом подреберье
- срединная лапаротомия
- лапароскопический

**Тактика врача в отношении питания данного пациента заключается в**

- осуществлении питания специализированными расщепленными смесями
- полном снятии ребенка с кормления
- назначении протертого стола
- назначении питания через назогастральный зонд

**Наиболее предпочтительным видом порто-кавального шунта является**

+ \_\_\_\_\_ + шунт

- сплено-ренальный
- сплено-портальный
- мезо-кавальный
- мезо-портальный

**В случае невозможности наложения порто-кавального шунта у больного с портальной гипертензией, показано выполнение**

- гемигепатэктомии
- трансплантации печени
- склерозирования варикозных вен пищевода
- перевязки воротной вены

## **«Золотым стандартом» диагностики портальной гипертензии является**

- магнитно-резонансная томография
- компьютерная томография
- ангиография
- сцинтиграфия

## **Изменения в коагулограмме у больных с портальной гипертензией обусловлены**

- магнитно-резонансная томография
- компьютерная томография
- ангиография
- сцинтиграфия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В поликлинику на прием к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 3 лет.

### **Жалобы**

Боль, припухлость в области околоногтевого валика III пальца правой кисти.

### **Анамнез заболевания**

Болезненность и покраснение в области III пальца правой кисти появилась 3 дня назад, родители самостоятельно обрабатывали раствором мирамистина 3 раза в день – гиперемия стала нарастать, появился отек, болезненность. Температура тела не повышалась.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 2 беременности 2 срочных физиологических родов на 38-39 неделе; на грудном вскармливании до 6 месяцев.

Инфекционные заболевания: ветряная оспа в 2 года, болеет острыми респираторными вирусными инфекциями 2-3 раза в год.

### **Объективный статус**

При осмотре: Рост 102 см, вес 16 кг. Соматический статус без особенностей.

Местный статус: в области околоногтевого валика III пальца правой кисти под кожей определяется скопление гноя, вокруг – гиперемия, при пальпации – резкая болезненность. Движения фаланги в полном объеме, безболезненности при движении не отмечается.

### **Предполагаемый диагноз**

- магнитно-резонансная томография
- компьютерная томография
- ангиография
- сцинтиграфия

## **Диагноз**

### **При выставленном диагнозе ребенку показано**

- антибактериальная терапия
- физиотерапевтическая терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

### **Вид оперативного вмешательства при панариции зависит от**

- выраженности отёка
- давности заболевания
- формы заболевания
- степени интоксикации

### **Основное требование к выбору оперативного доступа в данном случае - это**

- адекватная анальгезия
- абластичность раны
- косметический эффект
- удаление гноя

### **В данном случае при околоногтевом панариции целесообразно выполнить**

- дугообразный разрез вдоль края ногтя
- краевую резекцию ногтя
- Г-образный разрез
- удаление ногтевой пластины

### **При околоногтевом панариции разрез выполняется**

- в пределах здоровых тканей
- у основания ногтевой пластины
- в области некротического очага
- у корня ногтевой пластины

**При оперативном вмешательстве по поводу панариция, помимо удаления гноя необходимо выполнить**

- установку резинового выпускника
- ушивание раны
- удаление ногтевой пластинки
- радикальную некрэктомию

**Учитывая наличие гнойного воспаления, в послеоперационном периоде рекомендовано назначение антибактериальных препаратов из группы**

- карбапенемов
- аминогликозидов
- незащищенных пенициллинов
- цефалоспоринов

**В послеоперационном периоде, по поводу околоногтевого панариция необходимо проведение**

- курса противостолбнячной вакцинации
- ежедневных перевязок
- длительной антибактериальной терапии
- перевязки 1 раз в 2-3 дня с наложением вторичных швов на рану

**В послеоперационном периоде целесообразно проведение перевязок с**

- антисептическим раствором
- раствором стрептококкового бактериофага
- раствором лонгидазы
- гипертоническим раствором натрия хлорида

**В курс перевязок, необходимо включать аппликации с**

- противовоспалительным гелем (диклофенак)
- раствором гиалуронидазы (лидаза)
- гормональной мазью (преднизолоновая)
- мазью хлорамфеникол (левомеколь)

**Диагностическая ценность рентгенограмм наиболее ценна при + \_\_\_\_\_ +  
форме панариция**

- противовоспалительным гелем (диклофенак)
- раствором гиалуронидазы (лидаза)
- гормональной мазью (преднизолоновая)
- мазью хлорамфеникол (левомеколь)

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Прием детского хирурга в поликлинике, обратилась мама с девочкой 6 месяцев.

## **Жалобы**

На объемное образование в паховой области справа, беспокойство ребенка.

## **Анамнез заболевания**

Данный эпизод возник впервые, ранее наблюдались у хирурга по поводу паховой грыжи, при этом достоверных «выпячиваний» грыжи мама не отмечала, в связи с чем, от операции отказывалась. Ночью девочка беспокоилась, по мнению мамы в связи с прорезыванием зубов, утром, при переодевании ребенка, мама заметила появление припухлости в паховой области справа, девочка периодически беспокоилась, в связи с чем обратились к педиатру в поликлинику, направлены к хирургу.

## **Анамнез жизни**

Ребенок от второй беременности, первых срочных родов. Беременность протекала на фоне токсикоза первого триместра. Оценка при рождении по шкале Апгар 8/9. Закричала сразу, в родильном зале приложен к груди. Привита в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Травмы и операции отрицает. Инфекционные заболевания: отрицает. На учете у хирурга, по поводу паховой грыжи. Аллергологический анамнез: аллергических реакций в течении жизни не отмечалось.

## **Объективный статус**

Рост 64 см Вес 6900 гр.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Температура 37.1°C. ЧД-34 в минуту, ЧСС-118 в минуту. Беспокойна. Кожные покровы бледно – розовые, чистые от высыпаний, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. Гемодинамически стабилен АД 80/50 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс учащен. Наполнение удовлетворительное. Локальный статус: Живот не вздут. В акте дыхания участвует. Симметричный. При пальпации отмечается опухолевидное образование в правых отделах (в проекции пахового канала). Перистальтика несколько снижена. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стул утром однократно. Газы отходят.

**Для постановки диагноза в данном случае необходимо выполнить**

- противовоспалительным гелем (диклофенак)
- раствором гиалуронидазы (лидаза)
- гормональной мазью (преднизолоновая)
- мазью хлорамфеникол (левомеколь)

### **Дополнительная информация**

При осмотре выявлено: локальный статус: наружные половые органы развиты по женскому типу правильно. Правая половая губа несколько больше в размерах. В проекции пахового канала пальпируется объемное образование 1-0,5 см плотно-эластичной консистенции, подвижно в пределах окружающих тканей. Болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. Наружное паховое кольцо расширено до 0,8 см. Слева паховое кольцо не расширено.

### **Предполагаемый основной диагноз в данном случае**

- противовоспалительным гелем (диклофенак)
- раствором гиалуронидазы (лидаза)
- гормональной мазью (преднизолоновая)
- мазью хлорамфеникол (левомеколь)

### **Диагноз**

### **Дифференциальную диагностику в данном случае следует проводить с**

- перекрутом кисты яичника
- острым аппендицитом
- кишечной инвагинацией
- паховым лимфаденитом

### **Дальнейшая тактика состоит в**

- экстренной госпитализации ребенка
- направлении пациента на госпитализацию в плановом порядке
- выполнении ультразвукового исследования брюшной полости
- динамическом наблюдении

**Учитывая данные осмотра: в проекции пахового канала пальпируется объемное образование 1-0,5 см плотно-эластичной консистенции, подвижно в пределах окружающих тканей. Содержимым грыжевого мешка вероятнее всего является**

- аппендикс
- сальник
- яичник
- стенка мочевого пузыря

**Учитывая, что давность заболевания не превышает 2х часов ребенку показано проведение**

- консервативной терапии и динамического наблюдения
- экстренного оперативного лечения
- лечебно-диагностической пневмоирригографии
- динамического наблюдения в течение 3-4 часов

**При традиционной герниографии осуществляется доступ**

- по Пфененштилю
- по Волковичу-Дьяконову
- поперечный паховый
- косой паховый

**При лапароскопической герниопластике, внутреннее паховое кольцо ушивают + \_\_\_\_\_ + швом**

- П-образным
- кيسетным
- Z-образным
- простым узловым

**При классической лапароскопической герниопластике устанавливаются троакары в количестве**

- 1
- 2
- 4
- 3

**Консервативная терапия ранней ущемленной паховой грыжи у мальчиков, может продолжаться не более + \_\_\_\_ + часов**

- 8-12
- 5-6
- 3-4
- 1,5-2

**В план консервативной терапии также включено медикаментозное лечение в виде инъекции раствора**

- дротоверина
- кетамина



- адреналина 0,1%
- атропина, 1%

**При ущемлённой паховой грыже у мальчиков дифференциальную диагностику проводят с**

- дротоверина
- кетамина
- адреналина 0,1%
- атропина, 1%

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к хирургу обратилась женщина с дочкой 5 лет.

### **Жалобы**

На периодические боли в животе, правом подреберье, иктеричность склер, периодическую тошноту.

### **Анамнез заболевания**

Обратились с данными жалобами к педиатру, данные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Направлены на УЗИ органов брюшной полости, подпеченочно определяется анэхогенная (кистозная) структура с четкими ровными контурами, размерами 60x55 мм, содержимое гомогенное. Направлены на консультацию к хирургу.

### **Анамнез жизни**

Девочка от второй беременности, первых срочных родов. Беременность без осложнений. Вес при рождении 3450 г. Рост 50 см. Оценка по шкале Апгар 8/9. Привита в срок. Развитие согласно полу и возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ. Операции и травмы: не было.

### **Объективный статус**

Рост 120 см. Вес 22 кг.

Общее состояние средней степени тяжести, при осмотре ребёнок не беспокоится. Тошноты нет. Температура 36.7°C. Кожные покровы с легким желтушным оттенком, со следами расчесов на предплечье, кистях. Отмечается иктеричность склер, слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, пуэрильное, хрипов нет. ЧДД - 28 в минуту.

Гемодинамических нарушений нет. АД 105/60 мм рт. ст. Сердечные тоны ясные ритмичные. Пульс 98 в минуту. Наполнение удовлетворительное.

Локальный статус: живот не вздут, при пальпации безболезненный. В правом подреберье отмечается эластичное образование до 3-5 см в диаметре, безболезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличены. Моча светлая, прозрачная. Стул регулярный, но со слов мамы отмечается уменьшение окраски стула и появление более тёмного цвета у мочи.

**С целью постановки диагноза, учитывая имеющиеся данные ультразвукового исследования, ребенку показано выполнить**

- дротоверина
- кетамина
- адреналина 0,1%
- атропина, 1%

**Результаты обследования**

**Учитывая результаты обследования, а также признаки механической желтухи, ребенку показано проведение**

- пункции кисты, склерозирование
- консервативного лечения
- пожизненной терапии урсодезоксихолиевой кислотой
- хирургического лечения

**Задача хирургического лечения при кистах холедоха состоит в**

- создании соустья между кистой холедоха и Вирсунговым протоком
- внешнем дренировании кисты, реконструкции сфинктера Одди
- удалении кисты, реконструкции наружных желчных протоков
- формировании адекватного сообщения между кистой и двенадцатиперстной кишкой

**При проведении хирургического лечения антибиотикопрофилактика выполняется за + \_\_\_\_\_ + минут до начала операции**

- 90
- 15
- 5
- 30

**При необходимости интраоперационно можно выполнить**

- дуоденохолангиопанкреатографию
- холангиографию
- пункционную биопсию кисты
- КТ навигацию

**При кисте холедоха выполняется билиодигестивный анастомоз с изолированной петлей + \_\_\_\_\_ + кишки по Ру**

- двенадцатиперстной
- тощей
- подвздошной
- толстой

**Основной риск в послеоперационном периоде после выполнения гепатикоюноанастомоза по Ру состоит в возможности развития**

- стеноза «неохоledoха»
- холангита
- малигнизации «неохоledoха»
- абсцесса печени

**При отказе пациента от оперативного лечения кисты холедоха возможно развитие осложнения в виде**

- аутоиммунного гепатита
- малигнизации кисты
- сахарного диабета
- вторичного инфицирования

**По данным гистологического исследования стенки кистозного образования. Стенка кисты представлена фиброзной тканью, не содержит эпителий и мышечные волокна. Заключительным диагнозом является**

- аутоиммунного гепатита
- малигнизации кисты
- сахарного диабета
- вторичного инфицирования

**Диагноз**

**Дифференциальную диагностику кист холедоха проводят с**

- острыми кишечными инфекциями
- высокой кишечной непроходимостью

- гепатитом
- лямблиозом

**Причина формирования кист холедоха у детей (первичных кист) состоит в**

- гипоплазии сфинктера Ашоффа
- гипертонусе сфинктера Одди в двенадцатиперстной кишке
- дефиците мышечных волокон в стенке холедоха
- гипертрофии мышечного слоя холедоха

**Существует + \_\_\_\_\_ + патоморфологических типов кисты общего жёлчного протока**

- гипоплазии сфинктера Ашоффа
- гипертонусе сфинктера Одди в двенадцатиперстной кишке
- дефиците мышечных волокон в стенке холедоха
- гипертрофии мышечного слоя холедоха

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение нарядом СМП доставлен мальчик 16 лет в сопровождении родителей.

### **Жалобы**

На боли в животе, однократную рвоту, жидкий стул.

### **Анамнез заболевания**

Позавчера вечером у ребёнка появились тянущие боли в верхних отделах живота. После приёма Ибупрофена наступило облегчение и ребёнок заснул. Вчера утром боли в животе возобновились, переместились в нижние отделы живота, отмечался однократный жидкий стул. Ребёнок не говорил о симптомах родителям и, со слов, самостоятельно лечился от кишечного отравления активированным углём 5 таб x 3 раза в день и Ибупрофеном 200 мг x 2 раза в день. Сегодня утром в связи с усилением абдоминального болевого синдрома и неэффективностью проводимой терапии пожаловался родителям, был вызван наряд СМП, ребёнок доставлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

Ребенок рос и развивался по возрасту. Операции: МОС правой большеберцовой кости по поводу закрытого перелома со смещением. Хронические заболевания: нет. Аллергологический анамнез: не отягощён.

**В приёмное отделение стационара вызван хирург для осмотра ребёнка. В первую очередь необходимо**

- гипоплазии сфинктера Ашоффа
- гипертонусе сфинктера Одди в двенадцатиперстной кишке
- дефиците мышечных волокон в стенке холедоха
- гипертрофии мышечного слоя холедоха

### **Дополнительная информация**

Status praesens: состояние средней степени тяжести, вялый, контактен. Рост 180 см Вес 75 кг. Температура 37.5 °С, три часа назад принял Нурофен 200 мг. Подкожно жировой слой развит умеренно. Костная система без видимых изменений. В легких дыхание везикулярное, проводится по все отделы равномерно, хрипов нет. ЧДД - 22 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Гемодинамических нарушений нет. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс: 95 в минуту. Наполнение удовлетворительное. +

Локальный статус: живот не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует. При пальпации выраженно болезненный по правому флангу. Симптом Ровзинга положительный. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный по правому флангу. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стул вчера утром жидковатый.

### **Дальнейшая тактика действий детского хирурга**

- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в детское хирургическое отделение
- проведение магнито-резонансной томографии брюшной полости
- амбулаторное наблюдение с ежедневным осмотром хирурга

### **В рамках дообследования показаны лабораторные методы диагностики**

- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в детское хирургическое отделение
- проведение магнито-резонансной томографии брюшной полости
- амбулаторное наблюдение с ежедневным осмотром хирурга

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Рекомендованные инструментальные методы диагностики для уточнения диагноза - это**

- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в детское хирургическое отделение
- проведение магнито-резонансной томографии брюшной полости

- амбулаторное наблюдение с ежедневным осмотром хирурга

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым диагнозом является**

- госпитализация в инфекционное отделение
- госпитализация в детское хирургическое отделение
- проведение магнито-резонансной томографии брюшной полости
- амбулаторное наблюдение с ежедневным осмотром хирурга

### **Диагноз**

#### **Дооперационную антибиотикопрофилактику показано провести за**

- 30 минут
- 3 часа
- 1 час
- 10 минут

**При выполнении диагностической лапароскопии в правых отделах живота визуализирован инфильтрат, включающий петли тонкой и толстой кишки. При инсуффляции брюшной полости отмечалось некоторое расправление инфильтрата. Тактикой лечения является**

- резекция изменённых петель кишки
- окончание операции, консервативное лечение
- наложение стомы проксимальнее уровня инфильтрата
- попытка разделения инфильтрата тупым путём, аппендэктомия

**Оперирующим хирургом успешно проведено частичное разделение инфильтрата тупым путём. Однако при дальнейших попытках происходит десерозация петель кишки, тактикой лечения является**

- наложение стомы проксимальнее границы инфильтрата
- разделение инфильтрата острым способом, аппендэктомия
- консервативное лечение
- резекция петель кишки, входящих в инфильтрат

#### **Наиболее распространённым симптомом при остром аппендиците является**

- локальная болезненность в правой подвздошной области
- фебрильный подъём температуры
- рвота, не приносящая облегчение

- френикус симптом

**При остром аппендиците в общем анализе крови характерно наличие**

- нейтропении
- лейкоцитоза
- тромбоцитоза
- анемии

**При ультразвуковом исследовании брюшной полости для острого аппендицита характерно**

- наличие свободной жидкости в брюшной полости
- наличие свободного газа в брюшной полости
- маятникообразное движение содержимого в кишке
- утолщение стенок аппендикса

**После аппендэктомии рекомендовано ограничение физической нагрузки на +\_\_+ нед**

- наличие свободной жидкости в брюшной полости
- наличие свободного газа в брюшной полости
- маятникообразное движение содержимого в кишке
- утолщение стенок аппендикса

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Из поликлиники в приемное отделение стационара педиатром направлен мальчик 7 лет с жалобами на боли в животе.

### **Жалобы**

На боли в животе, подъём температуры.

### **Анамнез заболевания**

Накануне днём после школы у ребенка появились боли в животе без чёткой локализации, после дефекации (стул оформленный) несколько стихли и ребёнок уснул. Сегодня утром в связи с сохранением абдоминального болевого синдрома обратились в поликлинику, ребёнок осмотрен педиатром, направлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

Ребенок рос и развивался по возрасту. Операции: не было. Хронические заболевания: atopический дерматит. Аллергологический анамнез: не отягощён.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести, активен, контактен. Рост 125 см Масса тела 23 кг. Температура тела 37.8 °С. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипов нет. ЧДД - 24 в минуту. Тоны сердца звучные, ритмичные. Гемодинамических нарушений нет. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс: 98 в минуту. Наполнение удовлетворительное. + Локальный статус: живот не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует. При пальпации болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный в правой подвздошной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стул вчера вечером оформленный.

### **Для уточнения диагноза ребёнку необходимо выполнить**

- наличие свободной жидкости в брюшной полости
- наличие свободного газа в брюшной полости
- маятникообразное движение содержимого в кишке
- утолщение стенок аппендикса

### **Результаты обследования**

#### **Инструментальным методом обследования, необходимым для уточнения диагноза, является**

- наличие свободной жидкости в брюшной полости
- наличие свободного газа в брюшной полости
- маятникообразное движение содержимого в кишке
- утолщение стенок аппендикса

### **Результаты инструментального метода обследования**

#### **Предполагаемым диагнозом является**

- наличие свободной жидкости в брюшной полости
- наличие свободного газа в брюшной полости
- маятникообразное движение содержимого в кишке
- утолщение стенок аппендикса

### **Диагноз**

#### **Дальнейшая тактика лечения включает**

- оперативное лечение по экстренным показаниям
- консервативное лечение антибактериальными препаратами



- оперативное лечение на следующий день в плановом порядке после осмотра заведующим отделением
- перевод пациента в реанимацию для интенсивной терапии

**При осмотре анестезиологом выяснилось, что только что ребёнок выпил стакан воды. Тактика действия заключается в**

- оперативном лечении без эндотрахеальной интубации
- выписке из стационара за нарушение режима
- постановке желудочного зонда
- оперативном лечении через 4 часа от момента приёма жидкости

**При диагностической лапароскопии выявлен катаральный аппендицит (инъецированность сосудами, синдром карандаша отрицательный), тактика действия включает**

- проведение ревизии органов брюшной полости и малого таза
- проведение аппендэктомии, дренирование брюшной полости
- окончание операции, антибактериальную терапию
- взятие биопсии аппендикса для морфологического исследования

**Швы после операции рекомендовано снять на + \_\_\_ + сутки**

- 5-8
- 3-4
- 14-16
- 10-12

**Рекомендованным лабораторным обследованием в послеоперационном периоде является**

- иммунограмма
- биохимический анализ крови
- посев крови
- общий анализ крови

**Оптимальной комбинацией антибиотиков для предоперационной подготовки является (-ются)**

- цефалоспорины 3 поколения {plus} метронидазол
- защищённые пенициллины {plus} ванкомицин
- цефалоспорины 1 поколения
- энтерофурил

После разрешения аппендикулярного инфильтрата осмотр детского хирурга рекомендован через +\_\_+ месяцев (а)

- 9
- 2
- 6
- 3

После аппендэктомии на амбулаторном этапе рекомендован стол № +\_\_+ . + Соблюдение щадящей диеты с повышенным потреблением овощей и фруктов, исключением из потребления стимуляторов повышенной секреции желудка и поджелудочной железы после аппендэктомии показано в течение +\_\_+ мес

- 1
- 12
- 3
- 6

Срок ограничения физической активности после аппендэктомии составляет +\_\_+ нед

- 1
- 12
- 3
- 6

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение стационара нарядом СМП доставлена девочка 12 лет.

### Жалобы

На боли в животе, однократную рвоту.

### Анамнез заболевания

Утром перед школой ребёнок пожаловался на боли в животе. Мама дала 1 таб Ибупрофена и отправила ребёнка в школу. После третьего урока отмечалась однократная рвота, медицинской школьной сестрой выполнена термометрия - 38,5 С. Вызван наряд СМП, ребёнок направлен в стационар.

### Анамнез жизни

Ребенок рос и развивался по возрасту. Операции: пластика пупочного

апоневроза по поводу пупочной грыжи в 5 лет. Хронических заболеваний нет. Аллергологический анамнез: не отягощён.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести, вялая, при осмотре плачет. Рост 146 см  
Масса тела 50 кг. Температура 38,7°C. Подкожно жировой слой развит избыточно. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 25 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Гемодинамических нарушений нет. АД – 100/85 мм рт. ст. Пульс: 100 в минуту. Наполнение удовлетворительное. +

Локальный статус: живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации определяется болезненность во всех отделах, наиболее выраженная - в правой подвздошной области. Симптом Бартомье-Михельсона положительный. Симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области положительный. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Стул сегодня утром кашицеобразный.

### **В рамках лабораторного дообследования рекомендовано проведение**

- 1
- 12
- 3
- 6

### **Результаты лабораторных методов обследования**

Лабораторное исследование показано провести в течение +\_\_+ часа (ов)

- 3
- 6
- 1
- 12

### **Для уточнения диагноза показано проведение**

- 3
- 6
- 1
- 12

### **Результаты обследования**

Предполагаемым диагнозом является

- 3

- 6
- 1
- 12

## **Диагноз**

### **Рекомендуемой тактикой лечения пациента является**

- проведение курса антибактериальной терапии
- выполнение диагностической лапаротомии по Волковичу-Дьяконову
- проведение диагностической лапароскопии
- перевод в ОРИТ для динамического наблюдения

**Во время диагностической лапароскопии в правой подвздошной области визуализируется инъецированный сосудами купол слепой кишки, под ним обнаружен гангренозно изменённый аппендикс, париетальная брюшина в месте его прилегания гиперемирована, имеет фибринозные наложения. В малом тазу мутный выпот до 70 мл, брюшина инъецирована сосудами. Необходимый оперативный объём предполагает проведение**

- лапароскопической аппендэктомии, дренирования брюшной полости
- конверсии на лапаротомию, аппендэктомии с укреплением Z-швом
- конверсии на лапаротомию, клиновидной резекции слепой кишки
- конверсии на лапаротомию, резекции слепой кишки с наложением илеостомы

### **В послеоперационном периоде показана антибактериальная схема**

- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения {plus} аминогликозиды {plus} метронидазол
- карбапенемы {plus} антифунгинозные средства
- защищённые пенициллины

### **В послеоперационном периоде показан лабораторный контроль**

- коагулограммы с Д-димером
- посева крови
- общего анализа крови
- копрограммы

### **Характерными изменениями аппендицита при эхо-исследовании является**

- увеличение размеров печени и селезёнки
- ускорение перистальтики кишечника

- утолщение стенок аппендикса
- симптом «мишени»

**В рамках предоперационной подготовки при подозрении на аппендицит антибиотики вводятся за**

- 2 часа
- 6 часов
- 30 минут
- 4 часа

**На амбулаторном этапе после аппендэктомии ограничение физической нагрузки назначается на +\_\_+ недели (ю)**

- 2
- 1
- 4
- 3

**После разрешения аппендикулярного инфильтрата рекомендовано проведение**

- 2
- 1
- 4
- 3

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

В приемное отделение стационара нарядом СМП доставлен мальчик 10 лет в сопровождении родителей.

### **Жалобы**

На боли в животе, головокружение, рвоту, слабость.

### **Анамнез заболевания**

Сегодня днём во время игры во дворе у ребёнка появились внезапные интенсивные боли в животе, сопровождаемые выраженной слабостью, головокружением, рвотой. Боли самостоятельно купировались, однако через 20 минут отмечался повторный приступ интенсивных болей, сопровождаемый повторной рвотой. Травму отрицает. Нарядом СМП ребёнок доставлен в стационар.

### **Анамнез жизни**

Развитие по возрасту. Операции: аденоидэктомия в 7 лет. Хронических заболеваний нет. Аллергоанамнез: пищевая аллергия.

### **Объективный статус**

Рост 135 см. Масса тела 31 кг. +

Состояние тяжёлое, сознание ясное. Температура тела 37.7°C. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные, чистые. Зев не гиперемирован.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 25 в минуту. Гемодинамических нарушений нет. АД 90/75 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс 90 в минуту. Наполнение удовлетворительное. +

Локальный статус: живот вздут, отстаёт от дыхания. При пальпации отмечается выраженная болезненность в параумбиликальной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Яички в мошонке, признаков острого воспаления нет. Стул последний раз утром, оформленный.

**В рамках первичного инструментального обследования рекомендовано проведение**

- 2
- 1
- 4
- 3

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Лабораторное обследование, рекомендованное на этапе диагностического поиска, включает проведение**

- 2
- 1
- 4
- 3

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Для верификации диагноза рекомендовано провести**

- 2
- 1
- 4
- 3

### **Результаты обследования**

#### **Предполагаемым диагнозом является**

- 2
- 1
- 4
- 3

### **Диагноз**

#### **Тактика лечения в хирургическом отделении после проведённого обследования предусматривает**

- проведение среднесрединной лапаротомии
- постановку назогастрального зонда, наблюдение в динамике
- проведение диагностической лапароскопии
- перевод в ОРИТ для динамического наблюдения

#### **Ребёнку проводится диагностическая лапароскопия. В мезогастрии обнаружен скрученный конгломерат петель тонкой кишки. Рекомендуемая тактика лечения предполагает**

- наложение аппаратного обходного анастомоза бок в бок
- лапароскопическое устранение заворота
- конверсию на лапаротомию, устранение заворота
- конверсию на лапаротомию, экономную резекцию петель кишки, входящих в заворот

#### **Заворот был успешно устранён. На противобрыжеечном крае подвздошной кишки обнаружен дивертикул Меккеля с инъецированной отёчной верхушкой и с неизменённым основанием шириной 4 см, тактика дальнейшего лечения предполагает**

- резекцию изменённых тканей дивертикула, ушивание дефекта
- лапароскопическую резекцию дивертикула лигатурным способом
- лапароскопическую резекцию дивертикула с помощью линейного сшивающего аппарата

- резекцию сегмента несущей кишки с отступом не менее 5 см с каждой стороны

**Ограничение физической нагрузки в послеоперационном периоде показано в течение**

- 6 месяцев
- 1 месяца
- 2 недель
- 3 месяцев

**Эктопированная ткань в дивертикуле Меккеля чаще всего представлена слизистой**

- мочевого пузыря
- ротовой полости
- желудка
- бронхов

**При выполнении диагностической лапароскопии по поводу дивертикула Меккеля конверсия показана при**

- выявлении сочетанного воспаления червеобразного отростка
- обнаружении воспалительного инфильтрата как причины кишечной непроходимости
- выявлении воспалённого дивертикула Меккеля с основанием более 5 см
- обнаружении скрученных петель кишки

**Спаечная кишечная непроходимость после иссечения дивертикула Меккеля встречается с частотой + \_\_\_\_\_ + %**

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55

**Наиболее часто встречающимся осложнением после оперативного лечения дивертикула Меккеля является**

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В приемное отделение самотёком обратился мальчик 17 лет.

### Жалобы

На боли в животе.

### Анамнез заболевания

Сегодня утром отмечено появление тянущих невыраженных болей в животе без чёткой локализации. После физкультуры в институте отмечалось усиление болевого синдрома, появление недомогания. Самостоятельно обратился в стационар.

### Анамнез жизни

Развитие по возрасту. Операции, травмы отрицает. Хронических заболеваний нет. Аллергологический анамнез не отягощён.

### Объективный статус

Рост 180 см. Масса тела 75 кг. +

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 38,1°C. Телосложение правильное. Кожные покровы бледноватые, чистые, склеры и слизистые оболочки обычной окраски, не изменены. Зев не гиперемирован.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Носовое дыхание свободное, отделяемого из носовых ходов нет. Грудная клетка без признаков деформации, в акте дыхания участвует, аускультативно дыхание проводится по всем легочным полям, везикулярное, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту.

Гемодинамических нарушений нет. АД 110/70 мм. рт. ст. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 85 в минуту. Наполнение удовлетворительное. +

Локальный статус: живот подвздут, отстаёт от акта дыхания. При пальпации выражено болезненный в мезогастрии. Симптом Щёткина-Блюмберга положительный в мезогастрии. Печень и селезенка не увеличены.

Дизурических расстройств нет. Наружные половые органы развиты правильно. Стул накануне днём оформленный.

### Рекомендованный объём лабораторной диагностики предполагает выполнение

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55

## **Результаты лабораторного метода обследования**

**Для уточнения диагноза рекомендовано выполнить**

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55

## **Результаты обследования**

**Для верификации диагноза рекомендовано проведение**

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом является**

- 5-10
- 1-5
- 20-25
- 50-55

## **Диагноз**

**После проведённого обследования тактика ведения включает**

- госпитализацию в гастроэнтерологическое отделение
- госпитализацию в инфекционное отделение
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение в экстренном порядке

**Рекомендованный оперативный доступ - это**

- минилапаротомия параумбиликально
- диагностическая лапароскопия
- широкая срединная лапаротомия
- по Волковичу-Дьяконову

**На диагностической лапароскопии на противобрыжеечном крае подвздошной кишки обнаружен дивертикул Меккеля длиной 5 см с**

**основанием 1,5 см. Стенка его, включая основание, инъецирована сосудами, ригидна. Тактика лечения предполагает**

- резекцию дивертикула лигатурным способом
- дренирование брюшной полости, антибактериальную терапию
- резекцию дивертикула с использованием линейного сшивающего аппарата
- резекцию дивертикула с иссечением не менее 10 см несущей кишки

**Соблюдение диеты на амбулаторном этапе после дивертикулэктомии показано в течение +\_\_+ месяца (ев)**

- 1
- 9
- 3
- 5

**Использование лигатурного метода при дивертикуле Меккеля возможно при**

- уверенном владении этой оперативной техникой
- использовании лапароскопического доступа
- возрасте пациента менее 1 года
- ширине основания менее 2 см и его интактности

**Характерным симптомом перфорации дивертикула Меккеля при проведении обзорной рентгенографии брюшной полости является наличие**

- теней расширенных тонкокишечных петель
- пониженного газонаполнения толстой кишки
- чаш Клойбера
- свободного газа в брюшной полости

**В процессе антенатального развития редукция желточного протока происходит к +\_\_+ месяцу**

- 9
- 5
- 3
- 7

**Возрастная группа, в которой наиболее высок риск кровотечения из дивертикула Меккеля, -это группа**

- 9

- 5
- 3
- 7

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

В перинатальном центре к ребенку 3 суток жизни на консультацию вызван детский хирург.

### Жалобы

На вздутие живота, отсутствие стула, застойное отделяемое по желудочному зонду.

### Анамнез заболевания

Со вторых суток после рождения у ребенка отмечена рвота застойным содержимым, беспокойство, вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула. Установлен назогастральный зонд, выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости – уровни жидкости в проекции петель тонкой кишки.

### Анамнез жизни

Ребёнок от 2 беременности, 2 родов в головном предлежании. Беременность на 38 неделе гестации на фоне многоводия, гестационного сахарного диабета, хронической фетоплацентарной недостаточности. Масса при рождении 3600 г. По APGAR 8/9 баллов. Р – 54 см, ОГ- 36 см, ОГК – 35 см. Вакцинация ВГВ, БЦЖ не выполнена. Аудиологический и неонатальный скрининги не проводились.

### Объективный статус

Состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное, на осмотр реагирует криком. Крик громкий. Дыхание спонтанное. Не кормится. По зонду из желудка – застой желто-зеленого цвета в скудном количестве. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, бледно-розовые. Большой родничок не напряженный. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. Грудная клетка обычной формы, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится равномерно по всем полям. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, побочных шумов нет. Живот вздут, увеличен в объеме, не напряжен, мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Признаков перитонита нет. Печень {plus} 2,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стула нет. Моча на подгузнике светло-желтого цвета. Яички в мошонке.

**Необходимым для постановки диагноза методом обследования является**

- 9
- 5
- 3
- 7

**Результаты обследования**

**Для исключения незавершенного поворота кишечника необходимо выполнить**

- 9
- 5
- 3
- 7

**Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом является**

- 9
- 5
- 3
- 7

**Диагноз**

**Учитывая диагноз, ребенку показано (-на)**

- оперативное лечение после года
- консервативная терапия
- оперативное лечение в плановом порядке
- оперативное лечение по экстренным показаниям

**Интраоперационно выявлено вязкое, пластилинообразное содержимое, обтурирующее просвет тонкой кишки и не перемещающееся при механическом воздействии на переполненную петлю кишки. Это позволяет предположить**

- незавершенный поворот кишечника
- атрезию тонкой кишки
- мекониевый илеус
- мембрану тонкой кишки

### **Оперативное лечение мекониевого илеуса включает**

- интубацию тонкой кишки на всем протяжении
- наложение межкишечного адаптирующего анастомоза
- поэтажную полнослойную биопсию кишечника
- эвакуацию содержимого из просвета кишки и наложение двойной концевой энтеростомы

### **Перитонит характеризующийся наличием кальцификатов в брюшной полости плода и новорожденного называется**

- кистозным
- генерализованным
- диплококковым
- фибroadгезивным

### **Аntenатальными признаками мекониевого илеуса являются**

- неравномерное расширение кишечных петель
- маловодие
- отсутствие расширения петель кишечника
- отсутствие визуализации желудка

### **Консервативное лечение мекониевого илеуса возможно при**

- генерализованном перитоните
- легкой форме обструкции кишки
- фибroadгезивном перитоните
- кистозном перитоните

### **Выявление у ребенка мекониевого илеуса требует дообследования на**

- фенилкетонурию
- муковисцидоз
- галактоземию
- гипотиреоз

### **Мекониевый илеус без муковисцидоза встречается при**

- злоупотреблении нестероидными противовоспалительными препаратами во время беременности
- перенашивании беременности
- крайней степени незрелости новорожденного, имеющие экстремально низкую массу тела при рождении
- многоплодной беременности

## **Для процедуры промывания кишечника при консервативном лечении используют**

- злоупотреблении нестероидными противовоспалительными препаратами во время беременности
- перенашивании беременности
- крайней степени незрелости новорожденного, имеющие экстремально низкую массу тела при рождении
- многоплодной беременности

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме ребенка 12 часов после рождения.

### **Жалобы**

На вздутие живота, отсутствие стула, застойное отделяемое по желудочному зонду.

### **Анамнез заболевания**

Аntenатально – на 30 неделе по данным УЗИ установлен диагноз – обструкция кишечника на низком уровне. После рождения отмечалось срыгивание застойного характера. Самостоятельный стул отсутствует. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости – уровни жидкости в проекции петель тонкой кишки.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 1-й беременности, 1 родов в головном предлежании. Беременность на 37-й неделе гестации на фоне многоводия, врожденного порока развития плода. Масса при рождении 3460 г. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Р – 52 см, ОГ- 36 см, ОГК – 35 см. Вакцинация – не проводилась. Аудиологический и неонатальный скрининги не проводились

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное. Реакция на осмотр – реагирует криком. Крик громкий. Дыхание спонтанное. Не кормится. По зонду из желудка – застой желто-зеленого цвета в скудном количестве. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, бледно-розовые. Большой родничок не напряженный. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Тургор тканей снижен. Зев спокойный. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. Грудная клетка обычной формы, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное,

проводится равномерно по всем полям. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, побочных шумов нет. Живот вздут, увеличен в объеме, не напряжен, мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Признаков перитонита нет. Печень {plus}2,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул в виде неокрашенных слизистых пробок. После очистительной клизмы получена слизь. Моча на подгузнике светло-желтого цвета. Яички в мошонке.

#### **Необходимым для постановки диагноза методом обследования является**

- злоупотреблении нестероидными противовоспалительными препаратами во время беременности
- перенашивании беременности
- крайней степени незрелости новорожденного, имеющие экстремально низкую массу тела при рождении
- многоплодной беременности

#### **Результаты обследования**

#### **Для исключения незавершенного поворота кишечника необходимо выполнить**

- компьютерную томографию органов брюшной полости
- колоноскопию
- ФЭГДС
- ирригографию

#### **Предполагаемым диагнозом является**

- компьютерную томографию органов брюшной полости
- колоноскопию
- ФЭГДС
- ирригографию

#### **Диагноз**

#### **Лечение пациентов с атрезией тонкой кишки начинают с**

- коррекции водно-электролитных нарушений
- эпидуральной анестезии
- очистительной клизмы
- интубации трахеи



**Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано оперативное лечение на +\_\_+ сутки жизни**

- 1
- 3
- 7
- 5

**Оперативное лечение при атрезии тонкой кишки подразумевает**

- выведение кишечной стомы
- наложение межкишечного анастомоза
- наложение гастроэнтероанастомоза
- поэтажную биопсию тонкой и толстой кишки

**При атрезии тонкой кишки и значительной разнице диаметров приводящего и отводящего отделов интраоперационно показано**

- выполнение пликационного анастомоза
- наложение гастроэнтероанастомоза
- выведение кишечной стомы
- выполнение обширной резекции тонкой кишки

**Выделяют +\_\_+ типа/типов атрезии тонкой кишки**

- 4
- 2
- 8
- 6

**Аntenатальным признаком низкой кишечной непроходимости является**

- маловодие
- равномерное расширение петель тонкой и толстой кишки
- многоводие
- отсутствие визуализации желудка

**При +\_\_+ типе атрезии тонкой кишки обтурация просвета может быть неполной, что клинически будет проявляться частичной кишечной непроходимостью**

- 3
- 1
- 4
- 2

**Атрезия тонкой кишки встречается в среднем + \_\_\_\_\_ + родов**

- 1:5000
- 1:50000
- 1:500
- 1:10000

**Антибактериальную терапию при атрезии тонкой кишки начинают**

- 1:5000
- 1:50000
- 1:500
- 1:10000

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме ребенка в возрасте 1 суток.

### **Жалобы**

На вздутие живота, отсутствие стула, застойное отделяемое по желудочному зонду.

### **Анамнез заболевания**

Аntenатально – на 30 неделе, по данным УЗИ, установлен диагноз - обструкция кишечника на низком уровне. После рождения отмечалось срыгивание застойного характера. Самостоятельный стул отсутствует. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости – уровни жидкости в проекции петель тонкой кишки.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 4-й беременности, 2 родов в головном предлежании. Беременность на 35-й неделе гестации на фоне многоводия, врожденного порока развития плода. Масса тела при рождении 2900 г. Оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Длина тела – 48 см. Вакцинация – не проводилась. Аудиологический и неонатальный скрининги не проводились

### **Объективный статус**

Состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное. Реакция на осмотр – реагирует криком. Крик громкий. Дыхание спонтанное. Не кормится. По зонду из желудка – застойное содержимое желто-зеленого цвета в скудном количестве. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, бледно-розовые. Большой родничок не напряженный. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Тургор тканей

снижен. Зев спокойный. Видимые слизистые оболочки розовые, влажные. Грудная клетка обычной формы, симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится равномерно по всем полям. Хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, побочных шумов нет. Живот вздут, увеличен в объеме, не напряжен, мягкий. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Признаков перитонита нет. Печень {plus} 2,0 см из-под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул в виде неокрашенных слизистых пробок. После очистительной клизмы получена слизь. Моча на подгузнике светло-желтого цвета. Наружные половые органы развиты по женскому, правильно.

**Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются**

- 1:5000
- 1:50000
- 1:500
- 1:10000

**Результаты обследования**

**Для исключения аганглиоза толстой кишки необходимо выполнить**

- УЗИ органов брюшной полости
- ректальную биопсию
- фиброгастроэзофагоскопию
- колоноскопию

**Предполагаемым диагнозом является**

- УЗИ органов брюшной полости
- ректальную биопсию
- фиброгастроэзофагоскопию
- колоноскопию

**Диагноз**

**Лечение пациентов с атрезией толстой кишки начинают с**

- инфузионной терапии
- очистительной клизмы
- эпидуральной анестезии
- интубации трахеи

**Учитывая диагноз заболевания, срок предоперационной подготовки не должен превышать +\_\_\_+ часов**

- 3-4
- 24-36
- 6-8
- 12-15

**При атрезии толстой кишки на уровне правых отделов оперативное лечение показано в объеме**

- низведения толстой кишки на промежность
- выведения терминальной колостомы
- тотальной колэктомии
- наложения первичного межкишечного анастомоза

**При атрезии толстой кишки на уровне селезеночного угла, нисходящего отдела оперативное лечение показано в объеме**

- формирования терминальной колостомы
- тотальной колэктомии
- первичного межкишечного анастомоза
- низведения толстой кишки на промежность

**Выделяют +\_\_+ типа/типов атрезии толстой кишки**

- 2
- 3
- 4
- 5

**При врожденном стенозе толстой кишки, как правило, выполняется**

- резекция пораженного участка с последующим наложением первичного анастомоза «конец в конец»
- одномоментно резекция пораженного участка и наложением анастомоза «конец в бок»
- резекция пораженного участка с последующим наложением первичного анастомоза «бок в бок»
- одномоментно резекция пораженного участка и наложение первичного анастомоза «конец в конец»

**Атрезия толстой кишки наиболее часто сочетается с**

- врожденным гипертрофическим пилоростенозом

- дуоденальной непроходимостью
- незавершенным поворотом кишечника
- болезнью Гиршпрунга

#### **Заболеваемость атрезией толстой кишки составляет**

- 1:2000
- 1:50000
- 1:10000
- 1:20000

#### **Антибактериальную терапию при атрезии толстой кишки начинают**

- 1:2000
- 1:50000
- 1:10000
- 1:20000

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в отделении реанимации перинатального центра.

#### **Жалобы**

Консультация в связи с выявленным антенатально пороком развития.

#### **Анамнез заболевания**

Ребенок родился на 34-35 неделе гестации, с массой тела 2950 грамм, мужского пола. Состояние после рождения очень тяжелое. В связи с явлениями дыхательной недостаточности ребенок интубирован в родильном зале. + По данным УЗИ на 28-29 неделе гестации выявлен порок развития плода – диафрагмальная грыжа. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. Ребенок родился на 34-35 неделе гестации, с массой тела 2950 грамм, мужского пола. Состояние при рождении тяжелое, за счет дыхательной недостаточности, обусловленной врожденным пороком развития (диафрагмальная грыжа), врожденной инфекцией. Ребенок с рождения на ИВЛ, в режиме нормовентиляции.

#### **Анамнез жизни**

Ребенок от матери 23 лет. Беременность 2. Роды 1. Беременность протекала в первом триместре без особенностей, во втором триместре на 18 неделе - угроза прерывания, стационарное лечение, в третьем триместре на фоне отеков, в 28-

29 недель выявлен по УЗИ врожденный порок развития плода – левосторонняя диафрагмальная грыжа. Роды вторые, срочные, на 38-39 неделе гестации. Масса тела при рождении – 2950 г, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. Характер околоплодных вод – меконеальные.

### **Объективный статус**

Состояние ребенка тяжелое. Ребенок находится на ИВЛ в режиме нормовентиляции. Не кормится, установлен назогастральный зонд, отходит слюна. Подкожно-жировой слой развит достаточно. Грудная клетка асимметрична, справа запавшая. Дыхание аппаратное, аускультативно слева дыхание проводится только в верхних отделах, экскурсия грудной клетки слева снижена. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками – коробочный звук. Сердечные тоны глухие, до 180 в мин, выслушиваются максимально громко по правой средне-ключичной линии. Живот мягкий, запавший. Меконий отошел. Мочеиспускание самостоятельное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке.

**Для постановки диагноза необходимым методом обследования является**

- 1:2000
- 1:50000
- 1:10000
- 1:20000

### **Результаты обследования**

**Предполагаемым диагнозом является**

- 1:2000
- 1:50000
- 1:10000
- 1:20000

### **Диагноз**

**Учитывая наличие врожденной диафрагмальной грыжи ребенку показано**

- оперативное лечение после стабилизации состояния ребенка
- оперативное лечение в экстренном порядке сразу после постановки диагноза
- оперативное лечение сразу после постановки диагноза
- консервативное лечение

**Данному пациенту показано оперативное лечение в объеме**

- низведения органов в брюшную полость, ушивания дефекта диафрагмы
- торакотомии, пластики диафрагмы сетчатым имплантом
- операции Касаи
- процедуры Бианчи

**При врожденной диафрагмальной грыже важно применять лекарственные средства, снижающие давление в малом круге кровообращения, к ним относится**

- дофаминомиметики (допамин)
- м-холинолитики
- опиоидные наркотические анальгетики
- адрено- и симпатомиметики

**При аплазии диафрагмальных мышц показано/показана**

- проведение гастропуплопликации
- ушивание дефекта диафрагмы без низведения органов в брюшную полость
- процедура Бианчи
- применение пластического материала

**Трудности выхаживания детей с диафрагмальной грыжей связаны с наличием**

- гастро-эзофагеального рефлюкса
- гипоплазии печени
- недоразвития легочной ткани
- аномалий развития желудочно-кишечного тракта

**При хирургической коррекции истинной диафрагмальной грыжи (эвентрации диафрагмы) предпочтительно выполнять**

- гастропуплопликацию
- иссечение грыжевого мешка
- пластику синтетическим материалом
- пликационную пластику

**В послеоперационном периоде в связи с увеличением внутрибрюшного давления у детей с врожденной диафрагмальной грыжей длительно сохраняется**

- парез кишечника
- печеночная недостаточность

- гастро-эзофагеальный рефлюкс
- абдоминальная боль

**Неблагоприятный результат лечения пациентов с диафрагмальной грыжей обусловлен**

- гипоплазией желудка
- патологией трахеи
- гипоплазией легких
- патологией пищевода

**При грыже пищеводного отверстия диафрагмы на фоне отсутствия явных клинических симптомов показано проведение + \_\_\_\_\_ + оперативного лечения**

- отсроченного
- срочного
- экстренного
- планового

**При наличии грыжи пищеводного отверстия диафрагмы операцией выбора является**

- отсроченного
- срочного
- экстренного
- планового

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Консультация детского хирурга в родильном доме.

### **Жалобы**

На дефект передней брюшной стенки.

### **Анамнез заболевания**

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3050 г, мужского пола. Состояние после рождения удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. При осмотре обнаружен дефект передней брюшной стенки, размером 4x4 см, покрытый эмбриональными оболочками, в оболочках располагаются петли кишечника. По



данным УЗИ во время беременности на 14 нед. выявлен порок развития плода – омфалоцеле, других пороков развития выявлено не было. Беременная наблюдалась в декретированные сроки. После рождения в связи с подозрением на порок развития передней брюшной стенки вызван детский хирург на консультацию.

### **Анамнез жизни**

Ребёнок от 4 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Беременность на 35 неделе гестации. Масса при рождении 3050 г. Длина 46 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Вакцинация не проводилась. Неонатальный и аудиоскрининг не проведены. Меконий отошел.

### **Объективный статус**

Состояние средней степени тяжести. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится, установлен назогастральный зонд, отходит слюна, без патологических примесей. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; умеренно вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень 1,0{plus} см из под края реберной дуги, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий отошел. Мочеиспускание самостоятельное. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке. +  
St. localis: При осмотре передней брюшной стенки имеется дефект передней брюшной стенки, размером 4x4 см, покрытый эмбриональными оболочками, в оболочках располагаются петли кишечника.

### **Для постановки диагноза необходимо провести**

- отсроченного
- срочного
- экстренного
- планового

### **Результаты обследования**

### **Предполагаемым диагнозом является**

- отсроченного

- срочного
- экстренного
- планового

## **Диагноз**

### **Учитывая диагноз заболевания, ребенку показано/показана**

- консервативная терапия
- оперативное лечение сразу после стабилизации состояния и предоперационной подготовки
- оперативное лечение в плановом порядке в возрасте 3 месяцев
- оперативное лечение в возрасте 6 месяцев

### **Данному пациенту рекомендуется оперативное лечение в объеме**

- этапной пластики передней брюшной полости
- первичной радикальной пластики передней брюшной стенки
- выведения кишечной стомы
- формирования вентральной грыжи

### **Омфалоцеле в большом проценте случаев может сочетаться с синдромом**

- Беквита-Видеманна
- Нунан
- Прадера — Вилли
- Марфана

### **В обязательный протокол обследования при омфалоцеле входит**

- статическая нефросцинтиграфия
- цистоуретроскопия
- электроэнцефалография
- эхокардиография

### **Омфалоцеле может являться компонентом тяжелой аномалии развития**

- **VACTERL** ассоциации
- **VATER** ассоциации
- экстрофии клоаки
- экстрофии мочевого пузыря

**Рекомендуемый вариант родоразрешения беременной женщины с выявленным у плода омфалоцеле небольших размеров - это**

- оперативное родоразрешения в экстренном порядке
- родоразрешение в условиях федерального медицинского центра имеющего в структуре отделение реанимации новорожденных
- срочные естественные роды
- оперативное родоразрешение в плановом порядке

**При омфалоцеле больших размеров содержимым грыжи являются петли кишечника и**

- желчный пузырь
- печень
- мочевой пузырь
- желудок

**При омфалоцеле больших размеров операцией выбора является**

- резекция доли печени
- этапная пластика передней брюшной стенки
- выведение кишечной стомы
- гастродупликация

**Тяжелая гипогликемия в периоде новорожденности характерна для пациентов с синдромом**

- Беквита-Видеманна
- Марфана
- Нунан
- Прадера — Вилли

**Синдром Беквита-Видеманна включает омфалоцеле и**

- макроглоссию, гигантизм
- врожденный порок головного мозга, расщелину твердого неба
- врожденный порок сердца, расщелину мягкого неба
- порок позвоночника, аномалии костей лицевого черепа