

Документ подписан простой электронной подписью
 Информация о владельце:
 ФИО: Косенок Сергей Михайлович
 Должность: ректор
 Дата подписания: 06.09.2023
 Уникальный программный ключ:
 e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bdfcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ: ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Код, направление подготовки	31.08.16 Детская хирургия
Направленность (профиль)	Детская хирургия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Хирургических болезней

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ 1 СЕМЕСТР

Тестовые задания для промежуточной аттестации ординаторов

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по четырех балльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Выбрать все правильные ответы

1) Основной рентгенологический симптом механической кишечной непроходимости

- А) уровни жидкости в петлях кишечника
- Б) пневматизация кишечника
- В) свободный газ в брюшной полости
- Г) наличие жидкости в брюшной полости

2) Основной симптом врождённого пилоростеноза

- А) срыгивание неизменённым молоком с рождения
- Б) рвота “фонтаном” створоженным молоком с 3-4 недель
- В) запоры

3) Основные симптомы инвагинации кишечника

- А) острое внезапное начало
- Б) выделения слизи и крови из прямой кишки
- В) периодически возникающие боли
- Г) постоянное беспокойство

- Д) многократная рвота
- Е) стул с кровью
- Ж) гипертермия

4) Определение болезни Гиршпрунга

- А) гипоганглиоз толстой кишки
- Б) аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев
- В) аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев
- Г) гипоганглиоз тонкой кишки

5) Основные симптомы острого аппендицита

- А) положительный симптом Пастернацкого
- Б) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- В) локальная болезненность в правой подвздошной области
- Г) диарея
- Д) рвота
- Е) defans musculare в правой подвздошной области

6) Предрасполагающие факторы к распространению перитонита у детей

- А) преобладание эксудации в воспалительном процессе
- Б) снижение пластических функций брюшины
- В) недоразвитие сальника
- Г) особенности инфекционного агента
- Д) небольшой объём брюшной полости

7) Характерный признак острого панкреатита

- А) лейкопения
- Б) повышение амилазы и диастазы
- В) повышение уровня мочевины, креатинина
- Г) анемия

8) Какое заболевание формируется при неполном заращении омфаломезентериального протока

- А) пупочная грыжа
- Б) удвоение почки
- В) дивертикул мочевого пузыря
- Г) дивертикул Меккеля

9) Проба Фарбера – это...

- А) появление крови в моче после поколачивания по поясничной области
- Б) позволяет определить концентрацию креатинина в сыворотке крови и моче, что дает возможность диагностировать патологию почек и выделительной системы в целом
- В) метод дифференциальной диагностики между атрезией и сужением пищеварительного тракта в первые двое суток жизни новорождённого

10) Перистальтика желудка при врождённом пилоростенозе

- А) усилена
- Б) ослаблена
- В) не изменяется
- Г) отсутствует

11) Проба эlefанта – это...

- А) появление крови в моче после поколачивания по поясничной области
- Б) позволяет определить концентрацию креатинина в сыворотке крови и моче, что дает возможность диагностировать патологию почек и выделительной системы в целом

В) после постановки в пищевод зонда, быстро вводится 10 мл воздуха, который с характерным шумом выходит через рот и нос

12) Классификация бронхоэктазов по генезу

- А) локальные, генерализованные
- Б) односторонние, двусторонние
- В) врождённые, приобретённые

13) Основной метод лечения гнойного плеврита

- А) дренирование плевральной полости на стороне поражения
- Б) радикальное оперативное лечение
- В) ежедневные пункции плевральной полости

14) Химический ожог III степени характеризуется:

- А) катаральное поражение (отек и гиперемия слизистой оболочки)
- Б) эрозивное поражение (не выходящее за пределы собственной мышечной пластинки слизистой оболочки)
- В) язвенно-некротическое поражение (слизистого, подслизистого и мышечного слоев пищевода)
- Г) язвенное поражение слизистой оболочки и подслизистого слоя

15) При прорыве абсцесса лёгкого в плевральную полость необходимо провести:

- А) пункцию плевральной полости и аспирацию гноя
- Б) дренировать плевральную полость
- В) добавить в лечение дополнительный антибактериальный препарат

16) В какое время суток больше всего выделяется гнойной мокроты при бронхоэктатической болезни?

- А) утро
- Б) день
- В) вечер
- Г) ночь

17) Осложнением химического ожога пищевода является:

- А) ложные дивертикулы
- Б) изжога
- В) медиастинит
- Г) язва желудка

18) Наиболее эффективный метод лечения врожденных бронхоэктазов

- А) гормональная терапия
- Б) антибактериальная терапия
- В) резекция поражённых участков лёгкого
- Г) санаторное лечение

19) В каких ситуациях необходимо проводить бронхоскопию?

- А) подозрение на рентген-негативное инородное тело дыхательных путей
- Б) при часто рецидивирующих бронхитах с мокротой
- В) при подозрении на наличие аномалий развития дыхательных путей
- Г) всё перечисленное

20) Эндоскопическая картина IIА степени химического ожога пищевода по классификации Zargar S.A. характеризуется:

- А) Перфорация

- Б) Кровоизлияния, эрозии, волдыри, поверхностные язвы
- В) Очаговые темно-серые или коричневато-черные язвы

21) Абсцесс – это...

- А) ограниченная полость, заполненная гноем, располагающаяся в дерме и более глубоких мягких тканях
- Б) воспаление кожи
- В) локальное воспаление апокринных желёз

22) Симптом “языки пламени” характерен для...

- А) флегмона
- Б) целлюлит
- В) рожистое воспаление

23) Возбудителем, вызывающим развитие флегмоны, абсцесса, часто выступает

- А) синегнойная палочка
- Б) кишечная палочка
- В) стафилококк
- Г) стрептококк

24) Наличие абсцесса брюшной полости, проявляется

- А) постоянные, сильные боли в животе, повышение температуры тела, defans musculare
- Б) схваткообразные боли, без чёткой локализации, повышение температуры тела
- В) сильные боли в поясничной области, гематурия
- Г) тянущие, ноющие боли в животе

25) Наибольшей диагностической ценностью для выявления абсцесса брюшной полости обладают...

- А) ФГДС
- Б) Колоноскопия
- В) Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости
- Г) УЗИ органов брюшной полости

26) При наличии гнойно-воспалительного в брюшной полости в общем анализе крови отмечается

- А) лейкопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, снижение СОЭ
- Б) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ
- В) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, моноцитоз

27) При вскрытии гнойной полости обязательным диагностическим методом является:

- А) бактериологический посев гнойного отделяемого
- Б) онкоцитологическое исследование гнойного отделяемого
- В) цитологическое исследование гнойного отделяемого

28) Оперативное вмешательство ребёнку при флегмоне целесообразно выполнять при

- А) местной анестезии
- Б) общей анестезии

29) Фурункул – это...

- А) острое гнойное воспаление кости
- Б) локальное воспаление апокринных желёз
- В) острое гнойное воспаление волосяного фолликула

30) Характерной локализацией для фурункула является

- А) слизистые оболочки
- Б) ногтевые пластинки и ногтевые валики
- В) ладонь и подошва
- Г) кожа лица, живота и конечностей

31) Синдром Рокитанского-Кюстера-Майера характеризуется

- А) яичники в виде соединительнотканного тяжа
- Б) нет менструаций
- В) отсутствует влагалище и матка

32) У девочек наиболее часто воспалительные заболевания гениталий проявляются

- А) сальпингит
- Б) сальпингоофорит
- В) вульвовагинит
- Г) эндометрит

33) Причинами развития у девочек вульвовагинита могут быть

- А) инородные тела во влагалище
- Б) неспецифическая флора
- В) специфическая флора
- Г) всё перечисленное

34) Острый вульвовагинит проявляется

- А) пигментация наружных половых органов
- Б) отёчность слизистых оболочек
- В) гнойные выделения
- Г) жжение, зуд

35) для постановки диагноза острый вульвовагинит необходимо провести

- А) осмотр наружных половых органов
- Б) микроскопия отделяемого половых путей
- В) бактериологический посев отделяемого половых путей
- Г) вагиноскопию

36) для диагностики инородного тела влагалища у девочки, не живущей половой жизнью необходимо провести

- А) общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое исследование отделяемого половых путей
- Б) УЗИ органов малого таза
- В) микроскопия, бактериологическое исследование отделяемого половых путей, УЗИ органов малого таза, вагиноскопия

37) Эстрогены обеспечивают

- А) рост мышечной массы у мужчины
- Б) развитие и функционирование репродуктивной системы женщины
- В) контролируют работу кишечника
- Г) обеспечивают работу юкстагломерулярного аппарата

38) При параовариальной кисте правого яичника проводится следующий объём оперативного вмешательства

- А) удаление поражённого яичника
- Б) удаление обоих яичников
- В) удаление придатков на стороне поражения
- Г) вылущивание кисты

39) Эндометриоз – это

- А) патологический процесс, при котором определяется наличие ткани по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию вне полости матки
- Б) злокачественное новообразование яичников
- В) группа патологических дополнительных образований овариальной ткани, возникающих в результате нарушения процессов клеточной пролиферации и дифференцировки

40) Бартолиновы железы - это

- А) железы, располагающиеся на яичках
- Б) парные железы преддверия влагалища
- В) железы, расположенные в шейке матки

41) Энурез – это

- А) ночное недержание мочи
- Б) учащенное мочеиспускание
- В) болезненное мочеиспускание
- Г) редкое мочеиспускание

42) При проведении микционной цистографии контраст вводится

- А) внутривенно
- Б) внутриартериально
- В) в мочевого пузырь
- Г) в желудок через зонд

43) Какое исследование не проводят беременным женщинам?

- А) УЗИ
- Б) МРТ
- В) КТ

44) 3А стадия гидронефротической трансформации по Н.А. Лопаткину

- А) гидронефроз, характеризующийся пиелозктазией без развития значимого гидрокаликоза и нарушения функции почки
- Б) гидронефроз, при котором расширение ЧЛС сопровождается ухудшением функции почки
- В) гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции; потенциально изменения обратимы
- Г) гидронефроз, характеризующийся значительным расширением чашечно-лоханочной системы и существенным снижением почечной функции; паренхима атрофируется; потенциально изменения необратимы

45) Осложнения гидронефроза

- А) свищи
- Б) пиелонефрит
- В) пузырно-мочеточниковый рефлюкс

46) Виды дистопии почки

- А) торакальная
- Б) поясничная
- В) брюшная
- Г) паховая
- Д) тазовая

47) Причина врождённого гидроцеле

- А) незаращение вагинального отростка брюшины
- Б) повышенная продукция серозной жидкости оболочками яичка

В) нарушение лимфооттока

48) Наиболее частая локализация варикоцеле

- А) справа
- Б) слева
- В) с обеих сторон

49) Виды ретенции яичка при крипторхизме

- А) грудная ретенция
- Б) абдоминальным ретенция
- В) паховая ретенция
- Г) подкожная ретенция
- Д) промежностная ретенция
- Е) надлобковая ретенция

50) Какое оперативное вмешательство проводят при рубцовом фимозе

- А) орхидопексия
- Б) циркумцизио
- В) операция Росса
- Г) операция Бергмана

Ответы:

1	А
2	Б
3	А, Б, В
4	Б
5	Б, В, Е
6	А, Б, В
7	Б
8	Г
9	В
10	А
11	В
12	В
13	А
14	Г
15	Б
16	А
17	А
18	В
19	Г
20	Б
21	А
22	В
23	В
24	А
25	Г
26	Б
27	А
28	Б
29	В

30	Г
31	А
32	В
33	Г
34	Б, В, Г
35	А, Б, В, Г
36	В
37	Б
38	Г
39	А
40	Б
41	А
42	В
43	В
44	В
45	Б
46	А, Б, Г, Д
47	А
48	Б
49	Б, В
50	Б

ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ 2 СЕМЕСТР

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – РЕФЕРАТ

Реферат (от лат. *refero* – докладываю, сообщаю) – изложение результатов анализа современной литературы по выбранной теме, базирующееся на изучении различных литературных источников (статьи в медицинских журналах, в том числе зарубежных, монографии, учебные пособия, справочники) и представленное в структурированном виде. Структура реферата включает: актуальность выбранной темы (эпидемиология, место в структуре заболеваемости, неизученные патогенетические механизмы, неэффективность существующего лечения как индуктор изучения данного процесса или это новые данные, имеющие значение для диагностики и лечения), цель (соответствует теме и направлена на ее раскрытие), разделы, содержание которых раскрывает тему, обсуждение и выводы, список используемой литературы. Реферат представляется в виде презентации и печатном виде и защищается публично во время занятия.

Темы рефератов

1. Современные стандарты оказания высокотехнологичной помощи в детской хирургии РФ: анализ нормативно-правовой базы и проблемы ее реализации.
2. Эволюция хирургического лечения паховых грыж у детей: от открытых методов к лапароскопической герниопластике и отдаленные результаты.
3. Тактика лечения осложненных форм острого аппендицита у детей: открытая vs лапароскопическая аппендэктомия в условиях перитонита.
4. Современные алгоритмы диагностики и лечения инвагинации кишечника у детей: место и эффективность пневмо- и гидроредукции.
5. Болезнь Гиршпрунга: современные методы ранней диагностики (молекулярно-генетические тесты) и миниинвазивные методы хирургической коррекции (лапароскопия, трансанальный доступ).
6. Гипертрофический пилоростеноз: возможности пренатальной ультразвуковой диагностики и сравнительный анализ методов пилоромии.
7. Хирургическое лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у детей с неврологическими нарушениями: показания и выбор метода фундопликации.
8. Дифференциальная диагностика и тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у детей разных возрастных групп: роль экстренной эндоскопии.
9. Малоинвазивные методы в хирургии заболеваний желчевыводящих путей у детей: лапароскопическая холецистэктомия и лечение холедохолитиаза.
10. Современные подходы к лечению портальной гипертензии у детей: этапность хирургического лечения, эффективность портосистемного шунтирования и TIPS.
11. Острый панкреатит у детей: этиология, критерии тяжести и показания к хирургическому вмешательству при инфицированном панкреонекрозе.
12. Органосохраняющая тактика при травмах селезенки у детей: эффективность консервативного и эндоваскулярного лечения.
13. Ведение пациентов детского возраста с болезнью Крона: timing и виды хирургических вмешательств в эру биологической терапии.
14. Послеоперационный перитонит у детей: современные стратегии контроля источника инфекции и методы абдоминальной санации (открытый и закрытый методы).
15. Робот-ассистированная хирургия в детской абдоминальной онкохирургии: настоящее и будущее (на примере нефробластомы и нейробластомы).
16. Врожденная диафрагмальная грыжа: современные подходы к интенсивной терапии (включая ЕСМО) и timing хирургической коррекции.
17. Тактика лечения приобретенных стенозов гортани и трахеи у детей: сравнительный анализ открытых и эндоскопических методов реконструкции.
18. Эндоскопическое лечение трахеопищеводных свищей: техники, эффективность, осложнения.
19. Хирургическая тактика при деструктивных пневмониях и эмпиеме плевры у детей: от дренирования до торакоскопической декорткации.
20. Современные принципы лечения ожогов пищевода у детей: роль бужирования, стентирования и применения ингибиторов протонной помпы.

21. Малоинвазивные методы лечения опухолей средостения у детей: возможности и ограничения видеоторакоскопии.
22. Диагностика и лечение некротизирующего фасциита у детей: факторы риска, роль шкалы LRINEC и агрессивность хирургической обработки.
23. Современная антибактериальная терапия тяжелых хирургических инфекций мягких тканей у детей: выбор эмпирической и целенаправленной терапии.
24. Острый гематогенный остеомиелит у детей: новые патогены, возможности МРТ в диагностике и минимально инвазивные техники санации.
25. Стратегии лечения хронического остеомиелита у детей: методы хирургической санации и костной пластики.
26. Современные протоколы лечения нефробластомы (опухоли Вильмса) у детей: роль предоперационной химиотерапии и органосохраняющих операций.
27. Дифференциальная диагностика объемных образований забрюшинного пространства у детей (нейробластома vs нефробластома): значение imaging и биопсии.
28. Диагностика и лечение рабдомиосаркомы у детей: междисциплинарный подход и место хирургического метода.
29. Современные подходы к лечению сосудистых аномалий (гемангиомы, мальформации) у детей: роль пропранолола, склеротерапии и эмболизации.
30. Синдром лизиса опухоли в детской онкохирургии: патогенез, профилактика и протоколы неотложной помощи.
31. Современные методы визуализации в диагностике болезни Гиршпрунга и аноректальных мальформаций.
32. Лапароскопическое лечение болезни Гиршпрунга: модификации техники Pull-Through и отдаленные функциональные результаты.
33. Сравнительная эффективность лапароскопической и открытой пилоромииотомии при гипертрофическом пилоростенозе: анализ послеоперационных осложнений и сроков восстановления.
34. Хирургическая тактика при дуоденальной непроходимости у новорожденных: атрезия vs кольцевидная поджелудочная железа.
35. Современные возможности пренатальной диагностики и послеродного ведения детей с кистозными аденоматозными мальформациями легких.
36. Диагностика и лечение эзофагеальной ахалазии у детей: сравнительный анализ пневматической дилатации, инъекции ботулотоксина и лапароскопической миотомии по Геллеру.
37. Робот-ассистированная реимплантация мочеочника при пузырно-мочеточниковом рефлюксе высокой степени у детей: техника и преимущества.
38. Современные подходы к лечению инфравезикальной обструкции у мальчиков (клапаны задней уретры): от аблации до везикостомии.
39. Стратегии хирургической реабилитации детей с экстрофией мочевого пузыря: современные методы поэтапной реконструкции и отдаленные результаты.
40. Функциональные особенности различных методов лечения гипоспадии: анализ осложнений и удовлетворенности пациентов в отдаленном периоде.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА К ЭКЗАМЕНУ

I СЕМЕСТР ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

Перечень вопросов к экзамену по детской хирургии

1. История и организация детской хирургической службы в РФ. Нормативно-правовое регулирование деятельности детского хирурга.
2. Юридические аспекты работы: ведение медицинской документации, информированное согласие, стандарты оказания помощи.
3. Особенности диагностики и предоперационной подготовки у детей разных возрастных групп: алгоритмы обследования, оценка рисков.
4. Неотложные состояния в детской хирургии: алгоритмы действий при ургентных ситуациях. Взаимодействие со смежными специалистами.
5. Организация работы детского хирурга в поликлинике, диспансеризация и амбулаторная хирургия.
6. Пороки развития передней брюшной стенки. Паховые грыжи: дифференциальная диагностика и методы герниопластики.
7. Пупочные и послеоперационные грыжи: показания и методы хирургического лечения.

8. Острый аппендицит у детей: особенности течения, дифференциальная диагностика, тактика ведения.
9. Осложненные формы острого аппендицита: перитонит, инфильтрат, абсцесс.
10. Врожденная и приобретенная кишечная непроходимость: классификация, этиопатогенез, диагностика (роль рентгенологических и УЗ-методов).
11. Кишечная инвагинация: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечебная тактика.
12. Спаечная и динамическая кишечная непроходимость: дифференциальная диагностика, профилактика и лечение.
13. Болезнь Гиршпрунга и гиршпрунгоподобные заболевания: диагностика, подготовка к операции, методы коррекции.
14. Пороки развития желудка и ДПК. Гипертрофический пилоростеноз: клиника, диагностика, лечение.
15. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и язвенная болезнь у детей: показания к хирургическому лечению.
16. Желудочно-кишечные кровотечения у детей: диагностический алгоритм, показания к операции.
17. Заболевания желчевыводящих путей, поджелудочной железы и селезенки у детей: клиника, диагностика, хирургическая тактика.
18. Портальная гипертензия у детей: хирургические методы коррекции.
19. Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, НЯК) в хирургической практике.
20. Кистозные образования брюшной полости: дифференциальная диагностика, показания к оперативному лечению.
21. Травмы органов брюшной полости: диагностическая тактика, показания к лапаротомии.
22. Инородные тела ЖКТ: клиника, методы удаления.
23. Перитонит в детском возрасте: этиопатогенез, классификация, принципы лечения.
24. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии: профилактика и лечение.
25. Пороки развития и заболевания органов дыхательной системы и средостения, требующие хирургического лечения (кисты, свищи, стенозы, пороки развития легких).
26. Заболевания пищевода: ахалазия, врожденные и приобретенные сужения, ожоги и их осложнения.
27. Диафрагмальные грыжи у детей: врожденные и приобретенные формы, методы коррекции.
28. Деструктивные пневмонии, абсцессы легких, гнойные плевриты и эмпиема плевры: хирургическая тактика.
29. Неотложные состояния в торакальной хирургии (пневмоторакс, гемоторакс): клиника, диагностика, тактика.
30. Инородные тела дыхательных путей: клиника, методы диагностики и удаления.
31. Опухоли средостения у детей: классификация, диагностика, лечение.
32. Сепсис хирургического генеза у детей: диагностика и интенсивная терапия.
33. Флегмоны, абсцессы мягких тканей, некротизирующие инфекции: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
34. Гнойные заболевания кожи, подкожной клетчатки (пиодермии, гидраденит), хирургическая инфекция кисти и стопы.
35. Лимфадениты и аденофлегмоны у детей: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Острый и хронический гематогенный остеомиелит: современные подходы к диагностике и лечению.
37. Гнойные артриты у детей: клиника, диагностика, хирургическая тактика.
38. Гнойный медиастинит: этиопатогенез, диагностика и тактика ведения.
39. Ожоговая болезнь у детей: стадии, принципы местного и общего лечения.
40. Организация онкологической службы. Классификация, принципы диагностики и лечения опухолей у детей.
41. Опухоли брюшной полости (нефробластома, нейробластома, опухоли печени и надпочечников): дифференциальная диагностика.
42. Опухоли мягких тканей у детей (рабдомиосаркома и др.).
43. Опухоли костей (остеосаркома, саркома Юинга).
44. Опухоли ЦНС и гемобластозы: хирургические аспекты.
45. Доброкачественные сосудистые опухоли и мальформации (гемангиомы, лимфангиомы).
46. Современные методы диагностики в детской онкологии. Биопсия опухолей: показания, методы.
47. Принципы хирургического лечения опухолей. Неотложные состояния в онкологии (синдром лизиса опухоли, компрессия).
48. Методы обследования детей с урологической патологией.
49. Аномалии положения, формы и структуры почек (гидронефроз, уретерогидронефроз, кисты,

мультикистоз, поликистоз).

50. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Инфравезикальная обструкция.

51. Пороки развития мочевого пузыря и уретры (экстрофия, гипоспадия).

52. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря.

53. Воспалительные заболевания МВП (пиелонефрит, цистит) и уролитиаз.

54. Водянка оболочек яичка и паховая грыжа: дифференциальная диагностика.

55. Аномалии развития и опускания яичка (крипторхизм).

56. Синдром отечной мошонки: дифференциальная диагностика и тактика.

57. Заболевания крайней плоти у детей (фимоз, парафимоз).

58. Организация помощи девочкам и подросткам. Методы обследования.

59. Нарушения полового развития и аномалии развития гениталий у девочек.

60. Воспалительные заболевания и аномальные маточные кровотечения у детей и подростков.

61. Патология молочных желез и опухоли яичников у девочек.

62. Современные малоинвазивные технологии (лапароскопия, торакоскопия, ретроперитонеоскопия) в детской хирургии: общие принципы и преимущества.

63. Эндоскопические методы в диагностике и лечении (внутрипросветная эндоскопия).

64. Применение малоинвазивных методов в абдоминальной хирургии (операции на ЖКТ, печени, селезенке).

65. Применение малоинвазивных методов в торакальной хирургии (операции на легких, средостении, диафрагме).

66. Применение малоинвазивных методов в урологии (операции на почках и мочевыводящих путях) и гинекологии.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА К ЭКЗАМЕНУ II СЕМЕСТРА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Задача №1

Пациент 9 месяцев, доставлен в приёмное отделение больницы в сопровождении бригады скорой медицинской помощи через 8 часов от начала заболевания.

Anamnesis morbi: со слов мамы, ребёнок заболел около 8 часов назад, когда через 1 час после приема новой смеси, внезапно стал беспокоиться, плакать, дёргал ножками. Затем появилась однократная рвота желудочным содержимым (съеденной смесью). Эпизоды беспокойства и плача повторялись с промежутками в 15-20 минут, длительностью по несколько минут. Между приступами ребенок был вялым, сонливым. Лечение не проводилось.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Температура тела 36,2 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание пуэрильное. ЧДД- 41/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 142/мин, АД 88/58 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации в правой подрёберной области определяется малоподвижное, болезненное образование дополнительное, эластичной консистенции. При проведении глубокой пальпации пациент начал плакать, кричать. Со слов мамы, стул регулярный, кашицеобразный, без патологических примесей.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала и слизи, окрашенные кровью.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты $13 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $360 \times 10^9/\text{л}$. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,6, относительная плотность - 1022, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза– отрицательная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Инструментальные методы исследования:

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости в прямой проекции: визуализируется пневматизация петель кишечника, кишечные уровни и арки не выявлены, свободного газа в брюшной полости нет.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: инвагинация кишечника

Задача №2

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 12 лет

Жалобы: боли в животе, тошнота, однократно рвота, вялость.

Anamnesis morbi: со слов мамы, около 15 часов назад у ребенка появились боли в животе. Сначала боль локализовалась в эпигастральной области, затем переместилась в правую подвздошную область. Спустя 3 часа появилась тошнота, была однократно рвота съеденной пищей без патологических примесей.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом, интоксикационным синдромом. Температура тела 37,2 С. Ребёнок лежит на правом боку, при повороте на левый бок боль усиливается. При ходьбе – щадит правую половину туловища. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. При поверхностной и глубокой пальпации живота определяется выраженное пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области и умеренно выраженная болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $18 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: острый аппендицит

Задача №3

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен мальчик, 1 год.

Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на его беспокойство, капризность, однократно рвоту съеденной пищей.

Anamnesis morbi: со слов мамы, в течении последних 2 часов ребёнок беспокоится, плачет, дёргает ножками. Данное состояние ребёнка мама отмечает впервые. Самостоятельно мама ребёнка не лечила. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи в связи с сохраняющимися жалобами. С рождения ребёнок наблюдается у детского хирурга по поводу паховой грыжи слева.

Status praesens. состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Ребёнок беспокоится, держится руками за низ живота. Кожный покров бледноватый, чистый. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 32/минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 126/минуту. АД 92/62 мм.рт.ст. Живот симметрично участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошно-паховой области. В левой паховой области визуализируется образование, пальпаторно малоподвижное, плотное, с четкими контурами, эластичное, резко болезненное 5,0 x 5,0 см. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке, правильной формы, мягко-эластичной консистенции

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $9 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 130 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $315 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: ущемлённая левосторонняя паховая грыжа

Задача №4

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребенок 30 суток жизни. Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на наличие рвоты «фонтаном» после каждого кормления.

Anamnesis morbi: с первых дней жизни ребёнка, мама отмечает эпизодические срыгивания небольшими порциями съеденной пищи. Несколько дней назад рвота стала обильной, «фонтаном», створоженным молоком. Самостоятельно мама не лечила. За медицинской помощью в другие ЛПУ не обращалась.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное выраженным диспепсическим синдромом. Масса тела при рождении 4200 гр, на момент осмотра 3150 гр. Кожный покров бледно-розовый, чистый, суховат. Тургор кожи снижен. Дыхание пузрыльное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 42/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 150/мин. АД 90/58 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричный, визуализируется симптом «песочных часов». Пальпация безболезненная. Стула нет 2 суток, газы отходят слабо.

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $4,7 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $362 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: врождённый пилоростеноз

Задача №5

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлена девочка, 13 лет.

Жалобы на сильные боли в животе, рвоту желудочным содержимым.

Anamnesis morbi: со слов отца, ребёнок заболел остро, около 3 часов назад, когда появились сильные приступообразные боли в животе, преимущественно в средних отделах. Отец дал таблетку Ибупрофен 200 мг – без эффекта. В связи с сохраняющимися болями в животе, папа вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

2 месяца назад ребёнок стал участником ДТП, оперирован по поводу закрытой травмы живота, поверхностного разрыва левой доли печени. Проведена лапаротомия, ушивание разрыва, санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Ребёнок выписан из стационара на 14 суток лечения.

Status praesens: состояние тяжелое, обусловленное выраженным болевым синдромом, симптомами

интоксикации. На высоте болей появляются позывы на рвоту. Температура тела 37,0 С. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Живот подвздут, симметричный. На передней брюшной стенке определяется послеоперационный рубец от срединной лапаротомии. При поверхностно и глубокой пальпации живот активно напряжен. Напряжение усиливается во время приступа боли, резко болезненный в правых отделах

Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке — следы кала без патологических примесей

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 122 г/л, эритроциты — $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН — 6,8, относительная плотность - 1028, белок — отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза — отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты — 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Результаты инструментальных исследований:

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости: неравномерное газонаполнение петель кишечника - в мезогастральной области слева определяются гиперпневматизированные петли тонкой кишки с мелкими уровнями жидкости, кишечные арки.

- 1) Вопросы: Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: острая спаечная кишечная непроходимость

ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ ТОРАКАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

Задача №1

Из родильного отделения в отделение хирургии новорожденных доставлен новорожденный ребёнок 3 часов жизни, которому в род.зале не удалось провести зонд в желудок.

Anamnesis morbi: новорожденный от 2 беременности, 2 родов в сроке 40 недель гестации, масса при рождении 3250 г. Оценка по шкале Апгар — 8-9 баллов. Маме 28 лет. На учет встала на сроке 6 недель, наблюдалась регулярно. В 3 триместре беременности отмечалось многоводие. При проведении УЗИ плода в 3 триместре беременности патология не обнаружена.

Status praesens: состояние ребенка тяжелое, обусловленное дыхательной недостаточностью, угнетением ЦНС. При осмотре кожа с синюшным оттенком. Наблюдается выраженная гиперсаливация. В ротоглотке установлен зонд. По зонду слизистое отделяемое в небольшом количестве. Дыхание пузырьное, имеются хрипы во всех отделах лёгких. ЧДД — 40/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 140/мин. АД 86/58 мм.рт.ст. Визуально живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий. Глубокую пальпацию живота провести не представляется возможным из-за его умеренно выраженного вздутия. При перкуссии живота определяется тимпанит во всех отделах. Меконий отходил дважды, обильно. Мочеиспускания нет. Проведена попытка постановки назогастрального зонда №6. Назогастральный зонд провести не удаётся из-за наличия препятствия на расстоянии около 10 см от альвеолярного отростка верхней челюсти. Отмечается положительный симптом эфланта.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $6 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 148 г/л, эритроциты — $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН — 6,8, относительная плотность - 1028, белок — отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза — отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты — 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: атрезия пищевода

Задача №2

В приёмное отделение больницы обратилась мама с ребёнком 3 лет.

Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на его плач, боли в горле, выраженное слюнотечение.

Anamnesis morbi: со слов мамы, ребёнок находился один на кухне. Мама находилась в комнате. Услышав внезапный плач ребёнка, мама зашла на кухню и забрала в комнату ребёнка. Попыталась успокоить ребёнка – безуспешно. В связи с этим, самостоятельно обратилась с ребёнком в приёмное отделение больницы.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное выраженным болевым синдромом, диспепсией. Температура тела 37,0 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Отмечается выраженная гиперсаливация. При осмотре ротовой полости определяется выраженная повсеместная гиперемия слизистой оболочки полости рта и губ. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 29/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 116/мин. АД 94/64 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: химический ожог

Задача №3

В приёмное отделение больницы обратилась мама с ребёнком 4 лет.

Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на нарушение глотания пищи

Anamnesis morbi: со слов мамы, ребёнок болен на протяжении 2 суток, когда обнаружила нарушения глотания твёрдой пищи. Самостоятельно ребёнка не лечила. За медицинской помощью с данными жалобами не обращалась. В связи с сохранением жалоб, самостоятельно обратилась с ребёнком в приёмное отделение больницы. В ходе сбора анамнеза, выяснилось, что около 3 месяцев назад ребёнок случайно выпил 70% раствор концентрированной уксусной кислоты. Ребёнок находился на стационарном обследовании и лечении, выставлен диагноз: химический ожог пищевода III степени. Ребёнок выписан на амбулаторное долечивание.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное диспепсией, дисфагией. Температура тела 36,6 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 28/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 114/мин. АД 100/64 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $9 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле

зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: рубцовое сужение пищевода

Задача №4

В приёмное отделение больницы обратился отец с ребёнком 6 лет

Жалобы со стороны отца в отношении ребёнка на кашель, повышение температуры тела до 38 С, одышку.

Anamnesis morbi: со слов отца, ребёнок болеет на протяжении 8 суток. Около 5 суток назад обратились в поликлинику по месту жительства. Ребёнок осмотрен врачом-педиатром, выставлен диагноз: правосторонняя пневмония. Назначено лечение: суспензия Амоксилав. Около 5 часов назад состояние резко ухудшилось: появилась одышка до 50/мин., цианоз, кряхтящее дыхание.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное нарушением дыхания, лихорадкой, течением пневмонии. Температура 38,2 С. Кожный покров цианотичный на лице, чистый, влажный. Правая половина грудной клетки вздута. При перкуссии лёгких справа определяется коробочный звук. При аускультации справа дыхание не прослушивается. Частота дыхательных движений – 48/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 116/мин. АД 94/64 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $13 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: Деструктивная пневмония, осложненная правосторонним пневмотораксом

Задача №5

В приёмное отделение больницы обратились родители с ребёнком 4 лет

Жалобы со стороны родителей в отношении ребёнка на частые приступы кашля

Anamnesis morbi: со слов родителей, ребёнок болеет на протяжении 2 суток, когда на фоне полного здоровья, играя один в комнате с пластиковым конструктором, внезапно появился кашель. Иных жалоб нет. За медицинской помощью с данными жалобами ранее не обращались, лечение ребёнок не получал.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное респираторными расстройствами. Температура тела 36,8 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 29/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 116/мин. АД 94/64 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: инородное тело дыхательных путей

ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

Задача №1

В приёмное отделение больницы обратился ребёнок 16 лет

Жалобы на гнойничковые высыпания в области спины.

Status praesens: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 86/мин. АД 115/74 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят

Status localis: на спине имеются очаги гнойного воспаления разной степени развития, но преобладают участки с расплавлением тканей в центре. В зоне поражения определяется волосяной фолликул.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 148 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $320 \times 10^9/\text{л}$

ОАМ: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: фурункулёз спины

Задача №2

В приёмное отделение обратился ребёнок 15 лет

Anamnesis morbi: заболел остро, около 14 суток назад, когда на спине появился гнойник. Лечился самостоятельно дома (повязки с мазью Вишневского). За медицинской помощью не обращался. Сегодня боё в области гнойного очага усилилась. В связи с этим обратился в приёмное отделение больницы

Status praesens: состояние удовлетворительное. Температура тела 38,0 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 86/мин. АД 115/74 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Status localis: на значительном участке спины в межлопаточной области гнойный очаг, в центре которого определяется флюктуация, выраженный отёк мягких тканей, кожа гиперемирована, отмечается локальная гиперемия

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: флегмона спины

Задача №3

В приёмное отделение обратились родители с ребёнком 16 лет

Жалобы со стороны родителей в отношении ребёнка на наличие болезненного образования в правой подмышечной области, которые усиливаются при движении, повышение температуры тела до 38 С. Anamnesis morbi: со слов родителей, ребёнок болеет на протяжении 6 суток, когда впервые обнаружил в правой подмышечной области. За сутки до этого ребёнок проводил бритьё подмышечных областей. Самостоятельно родители прикладывали повязки с мазью Вишневского – без эффекта. Болезненное образование постепенно увеличивалось. Через 4 суток повысилась температура тела до 38 С. За медицинской помощью ранее не обращались.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом, течением гнойно-воспалительного процесса, лихорадкой. Температура тела 38,0 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 86/мин. АД 115/74 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Status localis: в правой подмышечной области визуализируется выраженная гиперемия кожи, её отёк. При пальпации подмышечной области определяется плотное, болезненное образование 2*3 см, выступающее над кожей

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: гидраденит справа

Задача №4

В приёмное отделение обратилась девочка 17 лет

Жалобы на наличие боли в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти

Anamnesis morbi: около 2 суток назад самостоятельно дома делала маникюр. На следующий день появилась боль в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти. Самостоятельное лечение не проводила. Ранее по этому поводу за медицинской помощью не обращалась.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом, течением гнойно-воспалительного процесса. Температура тела 36,7 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 19/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 86/мин. АД 115/74 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Status localis: визуально вокруг ногтевой пластинки отёк мягких тканей, гиперемия кожи

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: паронихия 2 пальца правой кисти

Задача №5

В приёмное отделение обратились родители с ребёнком 5 лет

Жалобы на наличие боли в области ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти

Anamnesis morbi: со слов родителей, около 4 суток назад Самостоятельное лечение не проводила. Ранее по этому поводу за медицинской помощью не обращалась.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом, течением гнойно-воспалительного процесса. Температура тела 36,7 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 23/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 104/мин. АД 104/64 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят.

Status localis: в области ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти визуализируется умеренно выраженная гиперемия кожи, отёчность мягких тканей, под ногтевой пластиной – гнойный очаг. Пальпация в области ногтевой фаланги 3 пальца левой кисти умеренно болезненная, активные и пассивные движения усиливают болевой синдром

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: подногтевой панариций 3 пальца левой кисти

ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ ГИНЕКОЛОГИЯ

Задача №1

В приёмное отделение больницы бригадой СМП доставлена девочка 17 лет

Жалобы при поступлении на сильные боли в животе, слабость

Anamnesis morbi: со слов ребёнка, боли появились внезапно, около 3 часов назад. Появление болей ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Температура тела 36,9 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 88/мин, АД 116/72 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации несколько напряжён в надлонной области, умеренно болезненный в этой же области

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты $8 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $360 \times 10^9/\text{л}$. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,6, относительная плотность - 1022, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза– отрицательная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Инструментальные методы исследования:

УЗИ органов брюшной полости и малого таза: в полости малого таза визуализируется скопление мелко- и среднedisперсной жидкости со структурами неправильной формы, повышенной эхогенности (сгустки крови), нарушение целостности левого яичника

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: апоплексия левого яичника

Задача №2

В приёмное отделение больницы бригадой СМП доставлена девочка 16 лет

Жалобы при поступлении на сильные боли в животе, слабость, однократно рвоту съеденной пищей

Anamnesis morbi: со слов ребёнка, боли появились внезапно, около 3 часов назад. Появление болей ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась. Половой жизнью живёт с 15 лет.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Температура тела 36,9 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 88/мин, АД 116/72 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области

При проведении гинекологического обследования, в полости малого таза справа определяется тугоэластичное болезненное образование. Боль усиливается при движении данного образования.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты 8×10^9 /л, гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - 360×10^9 /л. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,6, относительная плотность - 1022, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза– отрицательная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: перекрут правого яичника

Задача №3

В приёмное отделение больницы самостоятельно обратилась мама с девочкой 8 лет

Жалобы со стороны мамы в отношении ребёнка на зуд, жжение в области наружных половых органов

Anamnesis morbi: данные жалобы девочку беспокоят на протяжении 7 суток. Мама самостоятельно лечила: ванночки с корой дуба по 10 минут 3 р/сут в течение 3 суток – без эффекта. В связи с этим, самостоятельно обратились в приёмное отделение

Status praesens: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 21/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 98/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стул регулярный. Область почек не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон

При осмотре наружных половых органов: сформированы по женскому типу, соответствуют возрасту, выявлена выраженная гиперемия, отёчность слизистой наружных половых органов, следы расчёсов

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: острый неспецифический вульвовагинит

Задача №4

В приёмное отделение больницы самостоятельно обратилась мама с девочкой 15 лет

Жалобы на наличие образования в правой молочной железе

Anamnesis morbi: при проведении гигиенических мероприятий, девочка самостоятельно обнаружила у себя уплотнение в правой молочной железе. Самолечение не проводилось. Ранее за медицинской помощью не обращалась.

Status praesens: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,6 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 88/мин, АД 115/68 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте

дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стул регулярный. Область почек не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон
Status localis: кожа молочных желёз физиологической окраски, чистая, отёчности нет, нарушения целостности нет. При пальпации в правой молочной железе в верхне-латеральном квадранте обнаружено объёмное, безболезненное образование 3*3 см

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: киста правой молочной железы

Задача №5

В приёмное отделение больницы бригадой СМП доставлена девочка 16 лет

Жалобы при поступлении на сильные боли в животе, слабость, однократно рвоту съеденной пищей

Anamnesis morbi: со слов ребёнка, боли появились внезапно, около 7 часов назад. Появление болей ни с чем не связывает. Самостоятельно не лечилась. Половой жизнью живёт с 16 лет.

Status praesens: состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом. Температура тела 37,0 С. Кожный покров бледноватый, слизистые оболочки физиологического цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД- 20/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС- 94/мин, АД 116/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правой подвздошной и надпупочной областях

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $360 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ – 20 мм/ч

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,6, относительная плотность - 1022, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза– отрицательная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения

Инструментальные методы исследования:

Диагностическая лапароскопия: патологии со стороны органов брюшной полости нет. При осмотре органов малого таза, отмечается выраженная гиперемия брюшины, в области матки и яичников вязкая липкая слизь, распространяющаяся на брюшину.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: пельвиоперитонит

ЗАДАЧИ ПО РАЗДЕЛУ ДЕТСКАЯ УРОЛОГИЯ

Задача №1

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 15 лет

Жалобы: боли в животе, тошнота, однократно рвота, съеденной пищей, вялость.

Anamnesis morbi: со слов мамы, около 3 часов назад у ребёнка появились боли в животе. Спустя 1 час появилась тошнота, была однократно рвота съеденной пищей без патологических примесей.

Status praesens: Состояние средней степени тяжести, обусловленное абдоминальным болевым синдромом, интоксикационным синдромом. Температура тела 37,2 С. Ребёнок лежит на правом боку, при повороте на левый бок боль усиливается. При ходьбе – щадит правую половину туловища. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 100/мин, АД 110/65 мм.рт.ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный в правых отделах. Перитонеальные симптомы

отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” положительный справа, отрицательный слева. Моча жёлто-красная. Диурез не нарушен. Per rectum: область ануса не изменена, ампула прямой кишки пустая, на перчатке – следы кала без патологических примесей

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $10 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет желто-красный, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты сплошь.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: Уролитиаз. Почечная колика справа

Задача №2

В приёмное отделение больницы самостоятельно обратилась мама с грудным ребёнком

Жалобы со стороны мамы отношении ребёнка на отёчную мошонку

Anamnesis morbi: со слов мамы, около 40 минут назад перед купанием обнаружила отёчную мошонку.

Вчера поменяла фирму подгузников.

Status praesens: состояние удовлетворительное. Температура тела 36,1 С. Кожный покров бледно-розовый, чистый, влажный. Дыхание пузырьное, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 40/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Частота сердечных сокращений 136/мин. АД 88/58 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпация живота безболезненная. Стул самостоятельный, регулярный, оформленный, без патологических примесей. Газы отходят

Status localis: наружные половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно. Головка полового члена не выводится из препуция. Мошонка увеличена. Кожа мошонки не изменена. При пальпации яички в мошонке, правильной формы, мягко-эластичной консистенции, безболезненные

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $4,7 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 140 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 0-2 в поле зрения, эритроциты сплошь.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: аллергический отёк мошонки

Задача №3

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 15 лет

Жалобы: боли в мошонке

Anamnesis morbi: около 4 часов назад появились боли в мошонке после того, как выбежал из бани и прыгнул в сугроб снега. Самолечение не проводилось.

Status praesens: Состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Температура тела 36,5 С. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Частота дыхательных движений 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 92/мин, АД 116/75 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Моча жёлтая, прозрачная. Диурез не нарушен.

Status localis: наружные половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно. Головка полового члена свободно выводится из препуция. Меатус не сужен. Левая половина мошонки несколько отёчная, кожа гиперемирована. При пальпации левое яичко подтянуто к корню мошонки, плотное, резко болезненное, неподвижное. Правое яичко интактно.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты — $9 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин — 134 г/л, эритроциты — $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок — 31 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH — 6,8, относительная плотность - 1028, белок — отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза — отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты — 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: перекрут левого яичка

Задача №4

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмное отделение больницы доставлен ребёнок 10 лет

Жалобы: боли в мошонке

Anamnesis morbi: около 8 часов назад появились боли в мошонке после тренировки по баскетболу.

Родители самостоятельное лечение не проводили. Ранее за медицинской помощью не обращались.

Status praesens: Состояние средней степени тяжести, обусловленное болевым синдромом. Температура тела 36,6 С. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Частота дыхательных движений 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 96/мин, АД 112/66 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Моча жёлтая, прозрачная. Диурез не нарушен.

Status localis: наружные половые органы развиты по мужскому типу, сформированы правильно. Головка полового члена свободно выводится из препуция. Меатус не сужен. Левая половина мошонки несколько отёчная, кожа гиперемирована. При пальпации в области верхнего полюса левого яичка определяется плотное, болезненное образование 5*6 мм, просвечивающееся через кожу в виде чёрного пятна.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты — $9 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин — 134 г/л, эритроциты — $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок — 31 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, pH — 6,8, относительная плотность - 1028, белок — отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза — отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты — 0-2 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: перекрут гидатиды левого яичка

Задача №5

В приёмное отделение больницы обратились родители с девочкой 13 лет

Жалобы на учащённое, болезненное мочеиспускания, повышение температуры тела до 37,2 С.

Anamnesis morbi: заболела остро, 30 часов назад. После прогулки под дождём, вечером девочка пожаловалась на учащение мочеиспускания. Во время акта мочеиспускания, отмечается рези. Мама дала 1 таблетку ибупрофена – болевой синдром несколько уменьшился. В связи с сохранением болей, повышением температуры тела до 37,2 С, самостоятельно обратились в приёмное отделение больницы.

Status praesens: Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 С. Кожа видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений — 96/мин, АД 112/66 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметрично участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные с обеих сторон. Область почек визуально не изменена. Симптом “поколачивания” отрицательный с обеих сторон. Моча жёлтая, прозрачная. Диурез не нарушен.

Status localis: наружные половые органы развиты по женскому типу, сформированы правильно.

Воспалительный процесс не наблюдается.

Лабораторные методы исследования:

ОАК: лейкоциты – $9 \times 10^9/\text{л}$ гемоглобин – 134 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты - $338 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок – 31 мг/л.

ОАМ: цвет желтый, прозрачная, рН – 6,8, относительная плотность - 1028, белок – отрицательный, билирубин - отрицательный, глюкоза – отрицательная, эпителий — единичный в поле зрения, лейкоциты – 40-50 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза
- 3) Тактика ведения пациента

Ответ: острый цистит