

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**  
**для студентов 5 курса**  
**лечебного факультета**  
**по проведению самостоятельной работы**  
**при подготовке**  
**к занятиям по детской хирургии**

## **ТЕМА: ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА (ИНФИЛЬТРАТ, АБСЦЕСС, ПЕРИТОНИТ). (ПК-6, ПК-8)**

**Цель занятия:** изучить клинику острого аппендицита в различных возрастных группах, особенности течения, диагностики, дифференциальной диагностики, осложнения и тактику ведения пациентов с деструктивным аппендицитом.

### **Задачи:**

1. Научиться диагностировать острый аппендицит у детей различного возраста.
2. Научиться проводить дифференциальную диагностику острого аппендицита у детей старшего и младшего возраста.
3. Ознакомиться с осложнениями острого аппендицита у детей, клинической картиной, диагностикой, тактикой.

### **Литература:**

#### Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Детская хирургия. А.Е.Соловьев Рязань :РИО УМУ,2016.-236 с.
3. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

#### Дополнительная литература

1. Детская хирургия: клинич. разборы [Текст] : рук. для врачей: [с прил. на компакт-диске] / под ред. А.В. Гераськина. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 215 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1842-0
2. Лекции кафедры.
3. Российская ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические рекомендации «Острый аппендицит у детей» 2016г

### **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) –электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Острый аппендицит** — воспаление червеобразного отростка. Наиболее часто встречающееся острое хирургическое заболевание органов брюшной полости у детей. Проблемы диагностики и лечения данного заболевания сохраняются до настоящего времени, вызывают разноречивые мнения и не могут считаться окончательно решенными. Сохраняется гипердиагностика острого аппендицита, и как следствие, высокий уровень напрасно выполненных оперативных вмешательств (от 12 до 20%). Высокий уровень послеоперационных осложнений со стороны операционной раны и брюшной полости также обуславливают необходимость глубокого изучения вопросов хирургической тактики.

### **Код по МКБ-10**

#### **Вопросы для самоконтроля знаний:**

- 1.Анатомо-физиологические особенности детского организма, как причина острого аппендицита и его осложнений.
- 2.Клинические проявления острого аппендицита у детей до 3-х лет и старших возрастных групп.
- 3.Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей различного возраста.
- 4.Показания к различным способам аппендэктомий.
- 5.Послеоперационное ведение больных с неосложненным аппендицитом.
- 6.Классификация перитонита по распространенности процесса в брюшной полости.
- 7.Классификация перитонита по С.Я.Долецкому.
- 8.Патогенез перитонита.
- 9.Основные клинические проявления первичного и вторичного перитонита.
- 10.Тактика хирурга при перитоните.
- 11.Основные интраоперационные этапы лечения перитонита.
- 12.Пред- и послеоперационная инфузионно-детоксикационная терапия.
- 13.Методы экстракорпоральной детоксикации.

### **Тесты**

**ОСНОВНЫМИ ТРЕМЯ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- А. рвота
- Б. понос
- В. локальная болезненность в правой подвздошной области
- Г. болезненность в области пупка
- Д. пассивная мышечная защита брюшной стенки
- Е. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Ж. положительный симптом Ортнера
- З. положительный симптом Пастернацкого

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез
- Б. гиперлейкоцитоз, нейтрофилез
- В. лейкопения
- Г. отсутствие изменений
- Д. ускоренное СОЭ.

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ КРИПТОГЕННОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- А. умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез
- Б. гиперлейкоцитоз, нейтрофилез
- В. лейкопения
- г. отсутствие изменений
- д. ускоренное СОЭ.

БОЛИ В ЖИВОТЕ У РЕБЕНКА ЧАСТО ВОЗНИКАЮТ ПРИ

- А. остром аппендиците
- Б. мезадените
- В. пневмонии
- Г. сиалоадените
- Д. опухоли Вильмса
- Е. пиелонефрите

БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ В ПОСТЕЛИ:

- а на спине;
- б на животе;
- в на правом боку с приведенными ногами;
- г на левом боку;
- д сидя.

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- А. локальная боль, температура и рвота
- Б. активное напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- В. пассивное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- Г. симптом Ортнера и рвота;
- Д. температура, жидкий стул и рвота.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ

- А. локальная боль в эпигастрии
- Б. локальная боль в обл. пупка
- В. локальная боль в прав. подвздошной области
- Г. активное напряжение мышц живота
- Д. пассивная мышечная защита
- Е. положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Ж. положительный симптом Пастернацкого

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. реланиум
- Б. масочный наркоз
- В. осмотр во время естественного сна
- Г. медикаментозный сон с хлоралгидратом

ПЕРИТОНИТ У ДЕТЕЙ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

- А. аппендицита
- Б. аднексита
- В. меккелева дивертикулита
- Г. инвагинации
- Д. кишечной непроходимости
- Е. деструктивной пневмонии

ОСОБЕННОСТИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

- А. недоразвитие сальника
- Б. снижение пластических функций брюшины
- В. преобладание эксудации в воспалительном процессе
- Г. особенности возбудителя
- Д. малый объем брюшной полости

КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ КРИПТОГЕННОГО ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- А. гипертермия
- Б. субфебрилитет
- В. боли в животе
- Г. понос и рвота
- Д. пассивное напряжение мышц живота
- Е. активное напряжение мышц живота

КРИПТОГЕННЫЙ ПЕРИТОНИТ ВОЗНИКУЕТ У

- А. девочек до 3-х лет

- Б. девочек старше 12 лет
- В. мальчиков до 1 года
- Г. мальчиков старше 14 лет

**ДАЙТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЮ “ОСТРЫЙ ЖИВОТ”**

- А. клинический синдром, развивающийся при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и не требующий экстренной хирургической помощи
- Б. клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи
- В. симптом при острых болях в животе и требующий экстренной хирургической помощи
- Г. клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий плановой хирургической помощи

**НАЗОВИТЕ ГРУППЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ОТНОСЯЩИХСЯ К “ОСТРОМУ ЖИВОТУ”**

- А. нарушения кровообращения в органах брюшной полости.
- Б. острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту
- В. острые воспалительные заболевания брюшной полости
- Г. кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость
- Д. объемные образования брюшной полости

**НАЗОВИТЕ ОБЩИЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ**

- А. лихорадка
- Б. рвота
- В. расстройства стула
- Г. нистагм
- Д. жидкий стул

**НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ СИМПТОМЫ “ОСТРОГО ЖИВОТА” У ДЕТЕЙ**

- А. болезненность при пальпации
- Б. вздутие живота
- В. симптомы раздражения брюшины
- Г. симптом Маркса
- Д. напряжение мышц живота
- Е. симптом Дешана

**НАЗОВИТЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИНФОРМАТИВНЫЕ ПРИ “ОСТРОМ ЖИВОТЕ”**

- А. лапароскопия

- Б. ректороманоскопия
- В. ФЭГДС
- Г. радиоизотопное исследование
- Д. УЗИ
- Е. рентгенография

## **Ситуационные задания**

### **Клинический кейс**

В приемное отделение доставлен ребенок 3 лет с диагнозом – острый аппендицит. Температура 38,8?, одышка. Язык влажный, живот умеренно вздут, болезненный в правой половине, явления раздражения брюшины в правой подвздошной области нечеткие. Аускультативно справа, начиная от III ребра книзу, дыхание ослаблено, притупление перкуторного звука. Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

В приемное отделение доставлен ребенок с диагнозом – острый аппендицит, с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, двукратную рвоту. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, нечеткие явления раздражения брюшины, болезненность при пальпации правой поясничной области. Анализ крови без особенностей, в анализе мочи – гематурия. Каковы особенности дифференциальной диагностики, план обследования и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

В приемное отделение доставлен ребенок 10 лет с диагнозом – острый аппендицит. Жалуется на боли в правой подвздошной области. Подобные приступы болей повторяются у ребенка неоднократно, иногда сопровождались подъемами температуры до 38?. При поступлении температура 37,8?, пульс 88 в минуту, живот не вздут, мягкий, при пальпации в правой подвздошной области пальпируется подвижное, умеренно болезненное опухолевидное образование размером 12 x 6 x 6 см. В анализе крови лейкоцитоз до 10000, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В моче большое количество лейкоцитов (пиурия). Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

Девочка 6 лет направлена в клинику с диагнозом – острый аппендицит на 2-е сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое: температура 37,5?, жалуется на резкие боли в животе, язык сухой, обложен, живот не вздут, напряжен в правой подвздошной области и внизу, положительный симптом Щеткина. В крови лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево. При ректальном исследовании по средней линии определяется тестоватой консистенции образование округлой формы размером 8 x 6 x 6 см, резко болезненное при пальпации. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

В клинику доставлен ребенок с подозрением на острый аппендицит. Болен около суток; боли носят приступообразный характер, температура 37,3?, неоднократная рвота. Состояние при поступлении удовлетворительное, язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот напряжен, болезненность при пальпации в правой подвздошной области и у пупка, симптом раздражения брюшины неясный. Отмечается геморрагическая сыпь на нижних конечностях и ягодицах. Каковы особенности дифференциального диагноза у данного ребенка и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

В клинику доставлен ребенок 6 лет с подозрением на острый аппендицит. Болен сутки, дважды была рвота. Температура 37,2?. Общее состояние удовлетворительное, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки и в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В анализах крови и мочи патологии не выявлено. У ребенка не было стула в течение 3 суток. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

Во время операции, предпринятой у больного с острым аппендицитом, из разреза Волковича-Дьяконова вы не можете обнаружить в правой подвздошной области слепую кишку с червеобразным отростком. При каких вариантах положения слепой кишки можно встретиться с подобной ситуацией и каковы будут ваши действия?

**ТЕМА: ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ. ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ. ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. ДЕСТРУКТИВНАЯ ПНЕВМОНИЯ. (ПК-6, ПК-8)**

**Цель занятия:**

Ознакомиться с особенностями течения гнойной хирургической инфекции у детей.

**Задачи:**

1. Изучить этиологию, теории патогенеза, клинические проявления острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей разных возрастных групп.
2. Определить тактику врача на этапах госпитализации.
3. Изучить клинику, диагностику, методы исследования, осложнения в лечении пациентов с деструктивной пневмонией

**Литература:**

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Детская хирургия. А.Е.Соловьев Рязань :РИО УМУ,2016.-236 с.
3. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

Дополнительная литература

1. Детская хирургия: клинич. разборы [Текст] : рук. для врачей: [с прил. на компакт-диске] / под ред. А.В. Гераськина. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 215 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1842-0
2. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: атлас / под ред. А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2008. - 257 с. : ил. - ([Нац. проект "Здоровье"]). - Библиогр.: С. 256-257. - ISBN 978-5-9704-0526-0
3. Лекции кафедры.
4. Российская Ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические рекомендации «Острый гематогенный остеомиелит у детей» Воронеж 2015г.

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-](http://www.med-)

[edu.ru](http://edu.ru). – медицинский видеопортал

3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект

4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) – электронные медицинские книги

5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) – электронная медицинская библиотека

В хирургии детского возраста **гнойная хирургическая инфекция** представляет одну из важнейших проблем. Около 50% хирургических коек занято больными с гнойными заболеваниями. Форма гнойно-воспалительного процесса зависит от вирулентности и патогенности возбудителя, а также от реакции организма ребенка. Чаще всего гнойная инфекция является эндогенной аутоинфекцией сенсibilизированного организма. У таких детей, как правило, находят очаги латентной и хронической инфекции в носоглотке, верхних дыхательных путях, ушах, легких. Для того чтобы начался воспалительный процесс, инфекционное раздражение должно превысить порог чувствительности макроорганизма, который во многом зависит от вида и количества флоры, и от предшествующего состояния ребенка. Из возбудителей гнойно-септических заболеваний чаще встречаются: стафилококк, синегнойная палочка, стрептококк, протей, кишечная палочка. Незрелость ретикуло-эндотелиальной системы, медленное образование антител, быстрое наступление некроза и выраженного отека тканей, быстрое распространение процесса - являются особенностями течения гнойной хирургической инфекции у детей.

Проблема ОГО обусловлена недостаточной изученностью его патогенеза, высоким процентом диагностических ошибок при этом заболевании, поздней госпитализацией больных. К тому же в последние годы значительно изменилось течение ОГО, появились совершенно новые методы его диагностики и консервативной терапии. Активной и в то же время щадящей стала хирургическая тактика. Все это объясняет актуальность проблемы ОГО у детей.

### **Вопросы для самоконтроля знаний:**

1. Основные составляющие патогенеза гнойной хирургической инфекции у детей.
2. Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага, понятие о реактивности макроорганизма и формировании иммунного ответа.
3. Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы комплексной детоксикационной терапии.
4. Роль рациональной антибактериальной терапии в лечении инфекционного токсикоза.
5. Этиология, теории патогенеза острого гематогенного остеомиелита. Анатомо-физиологические особенности строения и кровоснабжения кости.
6. Диагностика и дифференциальная диагностика ОГО.
7. Клиническая картина ОГО у детей до 1 года.

8. Клиническая картина ОГО у детей старшего возраста.

9. Лечение и прогноз.

10. Хронический остеомиелит. Клиника. Лечение.

11. Флегмона, рожистое воспаление, абсцедирующий лимфаденит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

12. Деструктивная пневмония. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и реабилитации.

### Тесты

Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- А) особенностями вскармливания
- Б) склонностью к гипертермии
- В) травмой ЦНС в анамнезе
- Г) относительной незрелостью органов и тканей

Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

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

Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам
- Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам
- В) малая распространенность в окружающей среде
- Г) стертость клинических проявлений

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

- А) 1 сутки
- Б) двое суток
- В) трое суток
- Г) четверо суток

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

- А) первые сутки
- Б) вторые – четвертые сутки
- В) пятые – шестые сутки
- Г) седьмые – десятые сутки

Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые – третьи сутки
- Б) на четвертые – шестые сутки
- В) на седьмые – десятые сутки
- Г) к концу второй недели

Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А) на вторые – третьи сутки
- Б) на четвертые – шестые сутки
- В) на седьмые – десятые сутки
- Г) к концу второй недели

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

- А) для фурункулеза
- Б) для рожистого воспаления
- В) для флегмоны
- Г) для псевдофурункулеза

У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункулез
- Б) псевдофурункулез
- В) абсцесс подкожной клетчатки
- Г) флегмона

У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункулез
- Б) псевдофурункулез
- В) флегмона подкожной клетчатки
- Г) абсцесс

У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункул
- Б) карбункул
- В) флегмона
- Г) абсцесс

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

- А) паронихии

- Б) кожному панарицию
- В) подкожному панарицию
- Г) подногтевому панарицию

У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей, гиперемия, резкая болезненность при пальпации. Диагноз:

- А) паронихия
- Б) кожный панариций
- В) подногтевой панариций
- Г) костный панариций

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

- А) дополнительную остеоперфорацию
- Б) измерение внутрикостного давления
- В) промывание костномозгового канала
- Г) дренирование раны

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

- А) дополнительную остеоперфорацию
- Б) измерение внутрикостного давления
- Г) промывание костномозгового канала
- Д) дренирование раны

Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в крайне тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивную терапию больной погиб через сутки. Укажите вариант клинического течения остеомиелита:

- А) септикопиемический
- Б) затяжной
- В) токсический
- Г) обрывной

У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, в течение 2-х лет обострений не отмечалось. Указанный вариант течения является:

- А) обрывным
- Б) затяжным
- В) хроническим
- Г) септикопиемическим

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

- А) обрывным

- Б) затяжным
- В) хроническим
- Г) септикопиемическим

## **Ситуационные задания**

### **Клинический кейс**

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40°, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час.

Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

У ребенка 5 лет, находившегося на лечении по поводу инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии справа, после периода относительного улучшения, нормализации температуры вновь появились гектического характера температура, кашель с обильной мокротой, особенно по утрам. При аускультации справа под лопаткой выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.

Ваш диагноз, план обследования и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается.

О каком возникшем осложнении следует думать? Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

У ребенка 4 лет с подозрением на пилоторакс при диагностической пункции получено 200,0 мл мутного выпота, вслед за которым обильно выделяется воздух.

Какой должна быть лечебная тактика?

**ТЕМА: КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ. ВРОЖДЕННАЯ, ПРИОБРЕТЕННАЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ.**

(ПК-6, ПК-8)

**Цель занятия:**

Изучить особенности клинической картины, методов диагностики, тактики ведения пациентов с острой кишечной непроходимостью.

**Задачи:**

1. Выяснить вероятные причины формирования острой кишечной непроходимости у детей.
2. Научиться диагностировать врожденную и приобретенную кишечную непроходимость.
3. Отработать тактику ведения пациентов при различных видах кишечной непроходимости.

**Литература:**

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Детская хирургия. А.Е.Соловьев Рязань :РИО УМУ,2016.-236 с.
3. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

Дополнительная литература

1. Детская хирургия: клинич. разборы [Текст] : рук. для врачей: [с прил. на компакт-диске] / под ред. А.В. Гераськина. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 215 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1842-0
3. Лекции кафедры.
4. Российская Ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические рекомендации «Инвагинация кишечника у детей» 2016г.
5. Клинические рекомендации «Острая неопухолевая кишечная непроходимость» 2016г. Российское общество хирургов. МЗ РФ;

**Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал

3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) –электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) –электронная медицинская библиотека

**Врожденная кишечная непроходимость** – это непроходимость, которая возникает вследствие имеющейся врожденной аномалии и проявляется независимо от возраста больного. Врожденная кишечная непроходимость (ВКН) - одно из наиболее частых страданий, требующих неотложного оперативного лечения. Встречается у детей любого возраста, однако чаще всего - в периоде новорожденности. Среди различных видов непроходимости у детей врожденные формы занимают 10,2%.

Причинами ее являются различные пороки развития, которые условно могут быть объединены в следующие группы:

- 1) пороки развития кишечной трубки (атрезии, стенозы);
- 2) пороки развития, вызывающие сдавление кишечной трубки извне (кольцевидная поджелудочная железа, aberrантный сосуд, энтерокистомы);
- 3) пороки развития кишечной стенки (аганглиоз, нейрональная дисплазия, гипоганглиоз - болезнь Гиршпрунга);
- 4) пороки, приводящие к obturации просвета кишки вязким меконием (мекониевый илеус - муковисцидоз);
- 5) пороки поворота кишечной трубки и фиксации брыжейки (синдром Ледда, изолированный заворот средней кишки, заворот изолированной кишечной петли).

Время возникновения этих пороков относится к периоду органогенеза (первые 3 - 4 недели внутриутробного развития), когда нарушается один из процессов: формирования кишечной стенки, просвета кишки, рост или процесс "вращения" кишечника.

### **Вопросы для самоконтроля знаний:**

1. Причины врожденной кишечной непроходимости.
2. Солидная стадия развития кишечника.
3. Виды атрезий и стенозов.
4. Клиническая картина высокой врожденной кишечной непроходимости.
5. Клиническая картина низкой врожденной кишечной непроходимости.
6. Классификация кишечной непроходимости.
7. Причины высокой кишечной непроходимости.
8. Причины низкой кишечной непроходимости.
9. Этапы нормального вращения кишечника.
10. Патологические состояния возникающие при нарушении кишечника на разных его этапах.
11. Дифференциальная диагностика высокой и низкой кишечной непроходимости.

- 12.Рентгендиагностика высокой и низкой кишечной непроходимости.
- 13.Синдром Ледда.
- 14.Заворот средней кишки.
- 15.Кольцевидная поджелудочная железа.
- 16.Кистофиброз поджелудочной железы, клинические формы.
- 17.Клиника, диагностика и лечение мекониальной непроходимости.
- 18.Основные моменты предоперационной подготовки детей с врожденной кишечной непроходимостью.
- 19.Тактика хирурга при постановке диагноза кишечная непроходимость.
- 20.Основные методы лечения детей с врожденной кишечной непроходимостью.

### Тесты

ДВУМЯ ВЕДУЩИМИ СИМПТОМАМИ ПОЛНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- а рвота пищей
- б вздутие живота
- в асимметрия живота
- г отсутствие стула и газов
- д выделение крови из прямой кишки
- е рвота с патологическими примесями

К ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

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

К НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ОТНОСЯТСЯ

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

УРОВНЕМ ДЕЛЕНИЯ НА ВЫСОКУЮ И НИЗКУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- а середина тонкой кишки

- б трейцева связка
- в илеоцекальный угол
- г привратник

**ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

- а атрезии ануса
- б атрезии дуоденум
- в атрезии тощей кишки
- г болезни Гиршпрунга
- д синдроме Ледда
- е мекониевом илеусе

**СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ**

- а инвагинации
- б ущемленной грыже
- в атрезии тощей кишки
- г болезни Гиршпрунга
- д синдроме Ледда
- е мекониевом илеусе

**СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ У РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

- а острым внезапным началом
- б периодическим беспокойством
- в застойной рвотой
- г рефлекторной рвотой
- д болезненным напряженным животом
- е выделением крови из прямой кишки

**ВЫСОКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в запавшего живота
- г болезненного живота
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

**ВЫСОКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в запавшего живота

- г болезненного живота
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

**НИЗКАЯ ОБТУРАЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ  
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в вздутым животом
- г болезненным животом
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

**НИЗКАЯ СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ  
ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ**

- а рвотой желчью, зеленью
- б рвотой кишечным содержимым
- в вздутым животом
- г болезненный живот
- д в прямой кишке - слизистые пробки
- е в прямой кишке слизь с кровью

**ВЕДУЩИМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ  
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- а уровни жидкости в кишечных петлях
- б равномерное повышенное газонаполнение кишечника
- в свободный газ в брюшной полости
- г наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости

**ДЛЯ ВЫСОКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ**

- а затемнение брюшной полости
- б один уровень жидкости
- в два уровня жидкости
- г множественные уровни жидкости
- д повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- е серп воздуха под диафрагмой

**ДЛЯ НИЗКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ  
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ**

- а затемнение брюшной полости
- б один уровень жидкости
- в два уровня жидкости

- г множественные уровни жидкости
- д повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- е серп воздуха под диафрагмой

**ДЛЯ ДИСКИНЕЗИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ХАРАКТЕРЕН РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ**

- а затемнение брюшной полости
- б один уровень жидкости
- в два уровня жидкости
- г множественные уровни жидкости
- д повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- е серп воздуха под диафрагмой

**ДЛЯ ПАРЕТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ**

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

**К УРГЕНТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ, ТРЕБУЮЩИМ ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ОТНОСЯТСЯ**

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

**ВЕДУЩИМИ ПРИЗНАКАМИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

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

## Ситуационные задания

### Клинический кейс

У новорожденного с типичной картиной врожденной непроходимости 12-перстной кишки (постоянная рвота с примесью желчи и 2 горизонтальных уровня жидкости на обзорной рентгенограмме) во время операции при ревизии 12-перстной кишки не обнаружено спаек, аберрантного сосуда и других причин наружного стеноза. Хирург посчитал, что явления непроходимости кишки обусловлены функциональными нарушениями и зашил брюшную полость. Какая допущена ошибка? Какой должна быть хирургическая тактика в данном наблюдении?

### Клинический кейс

У новорожденного при операции по поводу врожденной непроходимости обнаружена атрезия подвздошной кишки на протяжении 3 см, толстая кишка резко гипоплазирована.

Какую хирургическую тактику вы выберете в данном случае?

### Клинический кейс

У ребенка 2 дней рвота после каждого кормления с примесью желчи. На обзорной рентгенограмме определяются 2 горизонтальных уровня жидкости, дважды был только меконеальный стул.

Какой предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования? Какова лечебная тактика?

### Клинический кейс

Во время операции по поводу высокой врожденной кишечной непроходимости обнаружен аберрантный сосуд, сдавливающий горизонтальную ветвь 12-перстной кишки. Хирург пересек и лигировал сосуд, восстановив таким образом проходимость кишки.

Правильна ли была тактика хирурга в данном случае?

### Клинический кейс

У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Каковы предположительный диагноз и лечебная тактика?

## **Клинический кейс**

У ребенка 2 суток рвота после каждого кормления и в промежутках между ними створоженным молоком. Ребенок родился в тяжелой белой асфиксии, оживлен. При осмотре состояние тяжелое, вялый, кожные покровы несколько синюшны, тахикардия, резкие судорожные подергивания конечностей. Дважды был меконеальный стул и во время вашего осмотра отошел стул желтого цвета. Живот не вздут, мягкий.

Ваш предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?

**ТЕМА: Урология детского возраста. Аномалии и пороки развития почек. Методика обследования урологических больных. Крипторхизм, варикоцеле, патология вагинального отростка. (ПК-6, ПК-8)**

**Цель занятия:**

Ознакомить студентов с эмбриогенезом органов мочевыделительной системы, с пороками развития и связанные с ними наиболее часто встречающиеся в детской урологии заболевания.

**Задачи:**

1. Изучить эмбриогенез органов мочевыделительной системы.
2. Отработать методики обследования урологических больных.
3. Изучить алгоритм обследования пациентов с урологической патологией.
4. Изучить этиопатогенез, клинику, диагностику, лечение крипторхизма, варикоцеле, патологии вагинального отростка.

**Литература:**

Основная литература

1. Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.
2. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.
3. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

Дополнительная литература

1. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
2. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
3. Лекции кафедры.
4. Российская Ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические рекомендации «Крипторхизм» Москва 2015г.
5. Российская Ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические рекомендации «Варикоцеле у детей и подростков» Москва 2016г.
6. Российская Ассоциация детских хирургов. Федеральные клинические

рекомендации «Ущемленные паховые грыжи у детей» Москва 2013г.

## **Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети**

### **«Интернет», необходимых для освоения дисциплины:**

1. ЭБС «Консультант студента ВПО и СПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке [www.studmedlib.ru](http://www.studmedlib.ru) и [www.medcollegelib.ru](http://www.medcollegelib.ru) соответственно.
2. Polpred.com. Обзор СМИ. Доступ по ссылке <http://polpred.com>. [www.med-edu.ru](http://www.med-edu.ru). – медицинский видеопортал
3. [www.webmedinfo.ru](http://www.webmedinfo.ru) – медицинский информационно-образовательный проект
4. [www.medicbooks.info/paediatrics](http://www.medicbooks.info/paediatrics) – электронные медицинские книги
5. [www.medicalstudent.com](http://www.medicalstudent.com) – электронная медицинская библиотека

Знание эмбриогенеза органов мочевыделительной системы необходимо для понимания механизмов возникновения пороков и аномалий развития.

**Аномалии количества** включают агенезию и третью, добавочную почку.

**Аномалии положения** представлены различными видами дистопии почек.

**Дистопия** почек под этим названием понимают необычное расположение почек в связи с нарушением в эмбриогенезе процесса их восхождения. Различают высокую дистопию, низкую и перекрестную. К **высокой дистопии** относится внутригрудная почка. Это очень редкая аномалия. Обычно наддиафрагмальная дистопия почки не вызывает у больного каких либо болезненных проявлений и служит случайной находкой при профилактическом рентгенологическом обследовании грудной клетки. Разновидностями **низкой дистопии** являются поясничная, подвздошная и тазовая

**Аномалии взаимоотношения** представляют собой сращение почек.

Под аномалиями взаимоотношения принято понимать различные виды сращений между обеими почками.

Сращение почек составляет около 13% всех почечных аномалий. Различают симметричные и асимметричные формы сращения. К первым относят подково- и галетообразную, ко вторым - S-, L- и I-образные почки. Возникновение аномалии связано с нарушением процесса восхождения и ротации почек.

**Аномалии величины.**

Гипоплазированная почка- это врожденное уменьшение почки, связанное в основном с нарушением развития метанефрогенной бластемы в результате недостаточного кровоснабжения.

**Аномалии структуры**

**Кистозные аномалии** почек отмечаются с частотой 1:250, однако ввиду торпидности их течения зачастую диагноз ставят лишь в зрелом возрасте. Самым частым из кистозных поражений является поликистоз почек.

**Гидронефроз** - прогрессирующее расширение лоханки и чашечек, возникающее вследствие нарушения оттока мочи в области лоханочно-мочеточникового сегмента.

Причины, вызывающие гидронефроз, могут быть анатомическими и функциональными. В число анатомических входят: стеноз лоханочно-мочеточникового сегмента, эмбриональные тяжи и спайки, фиксированный перегиб мочеточника, высокое отхождение мочеточника, нижнеполюсной сосуд, пережимающий лоханочно-мочеточниковый сегмент, клапан мочеточника.

**Пузырно-мочеточниковый рефлюкс** - заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники и коллекторную систему почек. Это одно из распространенных заболеваний в детском возрасте, выявляемое у 35-60% больных хроническим пиелонефритом.

В норме устье мочеточника представляет собой клапан, замыкательная сила которого достигает 60-80 см. вод. ст. Нарушение функции пузырно-мочеточникового соустья может быть врожденным и приобретенным. Дисплазия замыкательного аппарата, укорочение интрамурального отдела мочеточника, дистония устья являются частыми причинами рефлюкса. Среди причин, вызывающих вторичные изменения устьев, на одном из первых мест стоит хронический цистит, вызывающий склеротические изменения в области уретерovesикального сегмента, укорочение интрамурального отдела мочеточника и зияние устья.

### **Вопросы к занятию:**

1. Эмбриогенез мочевыделительной системы.
2. Причины, влияющие на проявление врожденных аномалий.
3. Аномалии почек.
4. Алгоритм обследования ребенка с урологической патологией.
5. Клинические проявления и осложнения гидронефроза.
6. Методы хирургического лечения гидронефроза у детей.
7. Причины возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).
8. Клиника и диагностика ПМР.
9. Консервативное и оперативное лечение ПМР
10. Диспансеризация урологических больных.
11. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение крипторхизма, варикоцеле.
12. Патология вагинального отростка.

### **Тесты**

Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

- А) олигурией и оксалурией
- Б) полиурией и гипоизостенурией
- В) физиологической анурией
- Г) урежением мочеиспускания

Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:

- А) острый пиелонефрит
- Б) травма почки

- В) почечная колика
- Г) анурия

Наиболее характерными симптомами для камня уретры является:

- А) болезненное мочеиспускание
- Б) острая задержка мочи
- В) гематурия
- Г) пиурия

Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А) при камне верхней чашечки
- Б) при камне лоханки
- В) при коралловидном камне почки
- Г) при камне мочеточника

Наиболее серьезным осложнением оперативного лечения гидронефроза считают:

- А) гематурию
- Б) обострение пиелонефрита
- В) стеноз сформированного анастомоза
- Г) мочевого затек

Показанием к временному отведению мочи пункционной нефростомой при гидронефрозе служит:

- А) сочетание гидронефроза с мегауретером
- Б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника
- В) ХПН, пиелонефроз, спорные показания к нефрэктомии
- Г) сочетание гидронефроза с МКБ

Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают:

- А) операцию Фолея
- Б) операцию Бонини
- В) операцию Хайнса - Андерсена
- Г) резекцию добавочного сосуда

Оптимальным методом дренирования почки после уретеропиелопластики по поводу гидронефроза при внутрпочечной лоханке считают:

- А) пиелостому
- Б) нефростому
- В) интубационную уретеростому
- Г) бездренажный метод

Полным недержанием мочи сопровождается:

- А) тотальная эписпадия

- Б) промежностная гипоспадия
- В) субсимфизарная эписпадия
- Г) клапан задней уретры

Наличие скопления смегмы в препуциальном мешке без признаков воспаления требует:

- А) срочного удаления и полного разделения синнехий
- Б) удаления путем обведения головки
- В) удаления при скоплении смегмы в больших количествах
- Г) не требует вмешательства

КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ РЕБЕНКУ С ЛЕЙКОЦИТУРИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ?

- а. Ультразвуковое исследование с доплерографией почечных сосудов
- б. КТ
- в. Цистоскопия
- г. Цистография
- д. Радионуклидная ренография

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

- а. Микционная цистоуретрография
- б. Радионуклидная ренография
- в. УЗИ + доплерография
- г. Ангиография
- д. Цистоскопия

ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ВЫПОЛНЯЮТСЯ:

- а. Микционная цистоуретрография
- б. Радионуклидная ренография
- в. УЗИ + доплерография
- г. Ангиография
- д. Цистоскопия

КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАЗЫВАЮТ: “ТРИ В ОДНОМ”:

- а. Цистоскопию
- б. Урографию
- в. КТ
- г. Радионуклидное исследование
- д. Цистографию

ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а УЗИ
- б экскреторная урография
- в урофлоуметрия
- г цистография
- д радиоизотопное исследование
- е цистоскопия

ПРИ ЦИСТИТЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- а УЗИ
- б экскреторная урография
- в урофлоуметрия
- г цистография
- д радиоизотопное исследование
- е цистоскопия

ВЫПОЛНЕНИЕ ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАФИИ ВОЗМОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ

- а биохимии мочи
- б анализа мочи по Зимницкому
- в биохимия крови
- г посева мочи на стерильность
- д радиоизотопного исследования

В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ПИЕЛОНЕФРИТ ОБЫЧНО

- а обструктивный
- б необструктивный
- в гнойный

ДЛЯ ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНЫ

- а лейкоцитурия
- б бактериурия
- в протеинурия
- г расстройства мочеиспускания

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО С ОБСТРУКТИВНЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ГЛАВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- а антибактериальная терапия
- б лечение уросептиками
- в устранение обструктивного компонента

## ЧАЩЕ БОЛЕВОЙ СИМПТОМ У УРОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- а в поясничной области;
- б в наружном крае прямых мышц;
- в в надлобковой области;
- г в промежности;
- д в эпигастрии.

### Ситуационные задания

#### Клинический кейс

У больного 4 лет со смешанным строением наружных гениталий, воспитывающегося по мужскому типу яички не пальпируются, гипоспадия, промежностная форма, половой хроматин отрицательный, кариотип 46XY. При УЗИ выявляется образование за мочевым пузырем, похожее на матку. При уретрографии - наполненный контрастом мочевой пузырь, сзади которого видно образование больших размеров, заполненное контрастным веществом, исходящее из простатической части уретры, удлиненной формы размерами 5.0×2.0 см. При лапаротомии обнаружены в полости малого таза две гонады размерами 1.0×0.5 см, рудиментарная матка с трубами.  
Вопрос: Ваша тактика?

#### Клинический кейс

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка.  
Вопрос: С каким видом грыжи вы встретились?  
Каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

#### Клинический кейс

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа.  
Вопрос: О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае? Какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

#### Клинический кейс

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней.

Вопрос: Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости.

Вопрос: Какое осложнение возникло у ребенка?

Каковы, предположительно, могут быть его причины?

Ваша лечебная тактика?

### **Клинический кейс**

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

Вопрос: Ваш диагноз и тактика?

### **Клинический кейс**

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

Вопрос: Ваш диагноз и тактика?