

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
“КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ“
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ГБОУ ВПО КубГМУ Минздравсоцразвития России)

Кафедра хирургических болезней детского возраста

КЛАССИФИКАЦИИ И КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ
ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ

учебно – методическое пособие для студентов 5 и 6 курсов
педиатрического и лечебного факультетов

г. Краснодар, 2013

УДК 617-089+616-007] 053.2(0.75.8)

ББК 54.5

Л К 47

Составители:

заведующий кафедрой хирургических болезней детского возраста КубГМУ
д.м.н., профессор **В.А.Тараканов;**

доценты кафедры хирургических болезней детского возраста КубГМУ,
к.м.н.: **В.М.Старченко, В.М.Надгериев, А.Е.Стрюковский;**

ассистенты кафедры хирургических болезней детского возраста КубГМУ,
к.м.н.: **А.Н.Луняка; В.А.Овсебян; Е.Г.Колесников.**

Под редакцией профессора В.А.Тараканова

Рецензенты:

Заведующий кафедрой хирургических болезней педиатрического и
стоматологического факультетов КубГМУ, д.м.н., профессор С.Е.Гуменюк.

Заведующий кафедрой госпитальной хирургии КубГМУ,
д.м.н., профессор Г.К.Карипиди.

“Классификации и критерии диагностики хирургических заболеваний и
пороков развития у детей“

Краснодар, КубГМУ, - 49 с.

Учебно-методическое пособие разработано на основании учебной
программы по дисциплине “Детские хирургические болезни.“ Посвящено
важному вопросу изучаемого предмета: классификациям и основным
критериям диагностики пороков развития и заболеваний у детей.
Предназначено для студентов 5 и 6 курсов педиатрического и лечебного
факультетов.

Рекомендовано к изданию ЦМС КубГМУ

Протокол № 8 от 04.03 2013г.

О Г Л А В Л Е Н И Е

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЁННЫХ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	6
Атрезия пищевода	6
Врождённые диафрагмальные грыжи	7
Врождённая кишечная непроходимость	7
Аноректальные пороки развития	8
Грыжа пупочного канатика	9
НЕОТЛОЖНАЯ И ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ	10
Травма живота	10
Кровотечения из желудочно-кишечного тракта	12
Синдром портальной гипертензии	13
Инвагинация кишечника	14
Спаечная кишечная непроходимость	15
Ожоги пищевода	16
Острый аппендицит	17
Первичный перитонит	17
Аппендикулярный перитонит	18
Сепсис новорождённых	19
Некротическая флегмона новорожденного	20
Омфалит	20
Перитонит новорождённых	21
Парапроктит	22
Остеомиелит	23
Панариций	24
Бронхоэктатическая болезнь	25
Острая деструктивная пневмония	26
Классификация раневого процесса	27
ПЛАНОВАЯ ХИРУРГИЯ	28
Болезнь Гиршпрунга	28
Диафрагмальные грыжи	28
Паховая грыжа	29
Спино-мозговая грыжа	30
УРОЛОГИЯ	31
Пороки развития мочевыделительных путей	31
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс	33
Гипоспадия	34
Эписпадия	34
Варикоцеле	35
Водянка оболочек яичка	35
Крипторхизм	36
ОНКОЛОГИЯ	37
Международная классификация рака у детей	37
Международная классификация нефробластомы по системе TNM/pTNM	38
Доброкачественные опухоли у детей	39
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	40
ОТВЕТЫ	48
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	49

ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью представленной работы является создание учебно-методического пособия для студентов старших курсов педиатрического и лечебного факультетов по вопросам классификации и критериев современной диагностики пороков развития и хирургических заболеваний детского возраста с целью повышения эффективности преподавания детской хирургии. В задачи издания входит систематизация представленного материала, что должно способствовать правильному пониманию выбору критериев диагностики.

Данное пособие разработано с учетом имеющихся в современной литературе сведений о классификациях большинства нозологических единиц детской хирургии. Имеющаяся литература по вопросам классификации и критериям диагностики хирургических заболеваний детей обширна и разрозненна. Проведен анализ диагностических мероприятий, используемых у детей при различных патологических состояниях, обусловленных хирургическими причинами. На основании полученных данных уточнены и дополнены критерии диагностики пороков развития новорожденных, экстренных и плановых заболеваний органов грудной клетки, брюшной полости и мочевыводящей системы.

В целом освещенные в методическом пособии проблемы актуальны в настоящее время. Материал может быть успешно использован в преподавании хирургических болезней детского возраста на старших курсах медицинских вузов.

ВВЕДЕНИЕ

Учебно-методическое пособие состоит из предисловия, введения и разделов, в которых отражены основные нозологические единицы пороков развития и заболеваний, встречающиеся в хирургии детского возраста. Все классификации подобраны в соответствии с современными взглядами на изучаемые вопросы. Используются наиболее емкие классификации хирургических заболеваний детей, которые предусматривают определенный алгоритм действий врача. Практически каждый пункт предложенных классификаций предусматривает выполнение определенных диагностических и лечебных мероприятий.

Первая часть учебно-методического пособия посвящена классификациям и современным критериям диагностики. Изучение этого раздела позволит студентам ознакомиться с конкретным материалом, выбранным из массы литературных источников и собственного опыта авторов пособия и этим самым более эффективно усвоить материал программы по специальности.

Во второй части пособия представлены тестовые задания по каждой классификации и критериям диагностики. Решение тестовых заданий позволит студентам во время самостоятельной работы закрепить полученные данные.

Представлен достаточно полный список необходимой литературы. В этом списке весомую часть занимают учебно-методические пособия, изданные на кафедре хирургических болезней детского возраста КубГМУ и доступны студентам во время занятий и во время самостоятельной работы.

Выполненное учебно-методическое пособие актуально для преподавания детской хирургии. Актуальность в первую очередь связана с сопоставлением классификаций и последовательностью использования диагностических приемов в зависимости от заболеваний, стадии заболевания, особенностей его течения.

ПОРОКИ РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ, ТРЕБУЮЩИЕ НЕОТЛОЖНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Атрезия пищевода

Порок развития, при котором верхний его отрезок заканчивается слепо, а нижний, в большинстве случаев, впадает в трахею, образуя соустье.

Классификация (Г.А Баиров, 1968):

1. Формы атрезии пищевода:
 - дистальный трахеопищеводный свищ
 - проксимальный трахеопищеводный свищ
 - бессвищевая форма
 - полное отсутствие пищевода
2. Наличие диастаза между отрезками пищевода:
 - значительный диастаз (более 1,5 – 2 см)
 - средний диастаз (до 1,5 – 2 см)
 - почти полное отсутствие диастаза
3. Сочетание с другими пороками развития (сердца, желудочно – кишечного тракта, мочеполовой системы и др.)

Критерии диагностики:

- антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
- клинические симптомы в виде дыхательной недостаточности
- пенистые выделения изо рта и носовых ходов
- положительная проба элфанта
- данные зондирования желудка (препятствие прохождения зонда в желудок)

Врождённые диафрагмальные грыжи

Под врождённой диафрагмальной грыжей, требующей экстренного хирургического вмешательства, следует понимать перемещение органов брюшной полости в грудную полость через естественное или патологическое отверстие в грудобрюшной преграде.

Классификация (С.Я. Долецкий, 1960):

1. Выпячивание истончённой зоны диафрагмы (истинные грыжи):
 - выпячивание ограниченной части купола
 - выпячивание значительной части купола
 - полное выпячивание одного купола (релаксация)
2. Дефекты диафрагмы (ложные грыжи):
 - щелевидный задний дефект
 - значительный дефект
 - отсутствие одного купола (аплазия)

Критерии диагностики

- антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
- клиническое обследование: запавший живот, выбухание левой половины грудной клетки, кишечные шумы над лёгкими слева
- контрастное исследование желудочно-кишечного тракта: наличие контраста в проекции грудной клетки
- обзорная рентгенография органов грудной клетки в вертикальном положении: смещение средостения в здоровую сторону, ячеистая структура легкого

Врождённая кишечная непроходимость

Врождённая непроходимость кишечника – нарушение адекватной проходимости кишечника из-за пороков развития кишечной трубки, нарушения ротации кишечника, мекониевой болезни.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, 1988):

Высокая кишечная непроходимость

1. Атрезия и стеноз 12-перстной кишки
2. Сдавление 12-перстной кишки спайками, сосудами, высоко расположенной слепой кишкой, кольцевидной поджелудочной железой
3. Заворот “средней кишки“
4. Синдром Ледда
5. Атрезия начального отдела тощей кишки

Низкая кишечная непроходимость

1. Атрезия тонкой кишки
2. Заворот вокруг фиксированного Меккелева дивертикула
3. Мекониальная непроходимость
4. Атрезия толстой кишки
5. Сдавление кишки кистой
6. Множественные атрезии

Критерии диагностики

- антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
- клинические симптомы: запавший живот при высокой непроходимости, вздутый – при низкой, рвота, отсутствие стула
- прогрессирование вздутия живота при низкой непроходимости
- обзорная рентгенография брюшной и грудной полости вертикально: симптом “2-х уровней“ при высокой непроходимости, наличие множественных асимметричных уровней при низкой непроходимости

Аноректальные пороки развития

Пороки развития, характеризующиеся отсутствием ануса и/или прямой кишки на должствующем месте, которые могут сопровождаться наличием свищей на промежность, в мочевую и (или) половую систему.

Классификация (А.И. Лёнюшкин, 1990)

Атрезии:

А. Клоакальная форма:

1. пузырьная
2. вагинальная

Б. Со свищами:

1. в мочевую систему (мочевой пузырь, уретру)
2. в половую систему (матку, влагалище, преддверие влагалища)
3. на промежность

В. Без свищей:

1. атрезия заднего прохода и прямой кишки
2. атрезия заднепроходного канала
3. прикрытое заднепроходное отверстие
4. атрезия прямой кишки при нормально сформированном анусе

Врождённые сужения:

1. Заднего прохода
2. Прямой кишки
3. Заднего прохода прямой кишки

Врождённые свищи при нормально функционирующем анусе:

1. в половую систему (у девочек)
2. в мочевую систему (у мальчиков)
3. на промежность

Эктопия заднепроходного отверстия:

1. промежностная
2. вестибулярная

Расщелины промежности

Классификация аноректальных пороков в зависимости от уровня атрезии (А.И. Лёнюшкин, 1989)

1. Низкие – уровень залегания атрезированного участка толстой кишки до 2,5 см от уровня кожи. Всегда располагаются дистальнее пуборектальной петли.
2. Промежуточные – уровень залегания атрезированного участка толстой кишки – от 2,5 до 5 см от уровня кожи.
3. Высокие - уровень залегания атрезированного участка толстой кишки свыше 5 см от кожи. Всегда располагается проксимальнее пуборектальной петли.

Критерии диагностики

- УЗИ в первой половине беременности
- клиническая картина низкой кишечной непроходимости при бессвищевых формах атрезий
- осмотр перианальной области – отсутствие анального отверстия, наличие свища на промежности или в преддверии влагалища

- прогрессирующее вздутие живота
- зондирование per rectum – зонд не проходит в прямую кишку
- инвертограмма по Вангенстину для определения уровня атрезии
- УЗИ брюшной полости и промежности

Грыжа пупочного канатика

Порок развития, при котором к рождению ребёнка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках.

Классификация:

А. По размерам:

- Малые – до 5 см.
- Средние – до 10 см.
- Большие – более 10 см.

Б. По состоянию грыжевых оболочек:

- Неосложнённые (неизменённые грыжевые оболочки).
- Осложнённые (разрыв оболочек, инфицирование оболочек).

В. По форме:

- Шаровидные.
- Грибовидные.

Критерии диагностики

- антенатальная диагностика (УЗИ) в первой половине беременности
- осмотр, позволяющий определить величину грыжи, наличие осложнений (разрыв или инфицирование оболочек грыжевого мешка)
- УЗИ брюшной полости в вертикальном положении для исключения сочетанного порока развития (врождённая кишечная непроходимость)
- УЗИ сердца, почек, нейросонография для определения сочетанных пороков сердца, почек, наличия родовой черепно-мозговой травмы с целью правильного выбора метода лечения.

НЕОТЛОЖНАЯ И ГНОЙНАЯ ХИРУРГИЯ

Тупая травма живота

Травма – результат внезапного воздействия на организм, какого либо фактора внешней среды, нарушающий анатомическую целостность тканей и протекающих в ней физиологических процессов.

Классификация (Е. Романенко, 1978)

А. По распространённости:

1. Изолированные повреждения;
2. Сочетанные повреждения;
3. Комбинированные повреждения.

Б. По механизму травмы:

1. открытые:
 - проникающие;
 - не проникающие.
2. Закрытые:
 - повреждения брюшной стенки;
 - повреждения внутренних органов.

В. Повреждения брюшной стенки:

1. ушибы;
2. разрывы мышц;
3. кровоизлияния.

Г. Повреждения внутренних органов:

1. повреждения селезёнки;
2. повреждения печени;
3. повреждения полых органов;
4. множественные повреждения внутренних органов.

Изолированная травма – повреждения в пределах одного органа, одного анатомического сегмента конечности или функционального образования в пределах одной анатомической области.

Сочетанные повреждения – одновременное поражение двух и более органов одной или более топографо-анатомической области, но выполняющих различные функции.

Комбинированной травмой – называют повреждения возникшие в результате одновременного воздействия не менее двух травмирующих факторов: термического, механического, радиационного и т.д. То есть одновременное наличие у пострадавшего двух и более этиологически разнородных повреждений.

Открытые травмы – повреждения с нарушением целостности кожных покровов:

- проникающие – раневой канал проникает в брюшную полость или грудную клетку;
- не проникающие – раневой дефект ограничивается повреждением мягких тканей.

Закрытые травмы – повреждения органов или тканей организма ребёнка при которых сохранена целостность кожных покровов:

- повреждения органов брюшной стенки;
- повреждения внутренних органов.

Повреждения селезёнки (Е. Романенко, 1978)

1. По времени:
 - Одномоментные
 - Двухмоментные
2. По характеру повреждений:
 - Разрывы:
 - одиночные
 - множественные
 - Размозжения
 - Отрывы органа
3. По локализации:
 - Поверхностные
 - Полюсов
 - Области ворот
4. По клинике кровотечения:
 - Медленные
 - Быстрые
 - Молниеносные

Повреждения печени (Е. Романенко, 1978)

1. Субкапсулярные гематомы.
2. Глубинные или центральные гематомы.
3. Повреждения печени с нарушением целостности капсулы:
 - одиночные или множественные трещины;
 - разрывы изолированные или сочетающиеся с трещинами;
 - размозжение или расчленение трещины на отдельные фрагменты;
 - разрывы и трещины печени, сопровождающиеся повреждением желчного пузыря и крупных желчных протоков.

Критерии диагностики

- клиника кровотечения или перитонита
- УЗИ органов брюшной полости, для определения целостности паренхиматозных органов
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции, вертикальном положении или латеропозиции – для определения свободного газа в брюшной полости
- общий анализ крови – лейкоцитоз, анемия
- лапароскопия

Кровотечения из желудочно-кишечного тракта

Кровотечение из ЖКТ является следствием осложненного течения различных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Классификация

I. По уровню поражения:

1. Из верхних отделов ЖКТ

А. Новорожденные

- геморрагическая болезнь
- эрозии пищевода и желудка (токсические, стрессовые, медикаментозные)

Б. Дети старшего возраста

- острые и хронические язвы желудка и ДПК
- геморрагический гастрит
- варикозное расширение вен пищевода
- синдром Меллори-Вейса

2. Из нижних отделов ЖКТ

- дивертикул Меккеля
- сосудистые дисплазии (ангиоматоз, болезнь Рондю-Ослера)
- странгуляционная кишечная непроходимость, инвагинация
- удвоение тонкой и толстой кишки
- полипы и опухоли кишечника
- сосудистые мальформации
- трещина ануса, геморрой
- инфекционный энтероколит

II. По этиологии:

1. Язвенные

2. Неязвенные

III. По клиническому течению:

- профузные
- торпидные
- продолжающиеся
- остановившиеся

IV. По степени тяжести кровопотери

- легкие
- средние
- тяжелые
- геморрагический шок

Критерии диагностики

- клиническая картина (вялость, бледность кожного покрова, тахикардия, гипотония, рвота кровью (гематином), мелена)
- лабораторные данные (анемия)
- эндоскопическая картина (подслизистые кровоизлияния, эритема и эрозии слизистой желудка и ДПК, язвенный дефект с кровоточащим сосудом)
- прочие методы (сцинтиграфия (выявление дивертикула Меккеля))

Синдром портальной гипертензии

Среди наиболее тяжёлых заболеваний детского возраста на одном из первых мест стоит синдром портальной гипертензии (СПГ), обусловленный нарушением кровообращения и повышением давления в системе воротной вены.

Классификация (Е.Д. Пациори, 1976)

- I. Внутривенечная форма СПГ, как следствие:
 1. Хронического гепатита В, С, Д и др
 2. Цирроза печени (у детей после хронического вирусного гепатита, первичного билиарного цирроза печени при врожденной атрезии желчных путей, как исход обменных заболеваний печени)
 3. Опухоли печени
- II. Подпеченечная форма, как следствие:
 1. Врожденных пороков развития воротной вены и ее ветвей (стеноз, облитерация, атрезия, кавернозная трансформация)
 2. Тромбоз воротной вены и ее ветвей после воспалительных процессов (катетеризация пупочной вены у новорожденных, пупочный сепсис, гнойные заболевания пупочной ямки, воспалительные заболевания органов брюшной полости)
 3. Сдавление воротной вены и ее ветвей рубцами, опухолями, инфильтратом
- III. Надпеченечная форма:
 1. Синдром Бадда-Киари (облитерирующий эндофлебит печеночных вен).
 2. Сдавление печеночных вен опухолью или кистой
 3. Мембранная обструкция надпеченечного сегмента нижней полой вены
- IV. Комбинированная форма (сочетание внутри- и подпеченечного блока)

Критерии диагностики:

- клиническо-анамнестические данные (введение лекарств в пупочную вену в периоде новорожденности, перенесённый гематит)
- лабораторное обследование (анемия, тромбоцитопения, лейкопения)
- УЗИ брюшной полости (кавернозная трансформация воротной вены, увеличение селезенки, печени, наличие асцита, фиброза печёночной ткани)
- доплерография сосудов брюшной полости и забрюшинного пространства (нарушения кровотока в воротной вене)
- КТ живота (структура органов брюшной полости, архитектура сосудов до и после операции с наложением сосудистых анастомозов)
- пункционная биопсия печени (выявление цирроза печени)

Инвагинация кишечника

Внедрение определенного отдела кишки в просвет ниже (или выше) расположенного участка, вследствие дискоординированной деятельности мышечного аппарата кишечной стенки, носит название инвагинации.

Классификация (Л. М. Рошаль, 1964)

- Тонкокишечная инвагинация
- Подвздошно-ободочная инвагинация
- Слепоободочная инвагинация
- Толстокишечная инвагинация
- Инвагинация червеобразного отростка
- Ретроградная инвагинация
- Комбинированная инвагинация

Критерии диагностики

1. Клиническая картина

- пальпируемое образование в животе
- болевой абдоминальный синдром
- вздутие живота
- рвота
- стул типа «малиновое желе»

2. Сонографическая картина

- очаговые симптомы («мишени», «псевдопочки», «двузубца»)
- косвенные симптомы (маятникообразное движение химуса, расширение кишечных петель, секвестрация жидкости в просвете кишки)

3. Рентгенологическая картина

- отсутствие газа в толстой кишке
- гомогенная тень инвагината
- расширение петель кишечника

Спаечная кишечная непроходимость

Спаечная кишечная непроходимость - заболевание, развивающееся вследствие патологического спайкообразования в брюшной полости. Этиология патологического спайкообразования: воспалительный процесс брюшной полости, механическое и термическое повреждение брюшины, ишемия, инородные тела брюшной полости, парез кишечника, инфекционный процесс.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1990)

Ранняя спаечная кишечная непроходимость

(возникшая в течение месяца после оперативного вмешательства):

По форме:

- спаечно-паретическая (первые 3-5 дней после операции)
- спаечно-инфильтративная (первые 10 – 14 дней после операции)
- простая (первые 10-14 дней после операции)
- отсроченная (через 2-4 недели после операции)

Поздняя спаечная кишечная непроходимость

(возникшая в более поздние сроки после оперативного вмешательства):

По течению:

- подострая форма
- острая форма
- острейшая форма

Критерии диагностики

- клиническая картина
 - болевой абдоминальный синдром
 - вздутие живота
 - рвота
 - отсутствие стула и газов
- рентгенологическая картина
 - расширение петель кишечника
 - тонкокишечные арки
 - толстокишечные чаши Клойбера
- сонографическая картина
 - расширение петель кишечника
 - утолщение кишечной стенки
 - маятникообразная перистальтика

Ожоги пищевода

Заболевание представляет собой повреждение пищевода, вызванное приемом внутрь концентрированных растворов кислоты или щелочи, а также других веществ, обладающих прижигающим действием.

Эндоскопическая классификация:

1 степень

Эритема, отек (поражение ограничено поверхностными слоями слизистой, возможно их отторжение с последующей эпителизацией без образования рубца)

2а степень

Ранимость, геморрагии, эрозии, экссудат, образование пузырей (вовлечены слизистый, подслизистый и мышечный слой)

2в степень

Ранимость, геморрагии, эрозии, экссудат, образование пузырей с вовлечением слизистого, подслизистого и мышечного слоев и образованием глубоких или циркулярных язв

3а степень

Глубокие язвы, «черный пищевод». Трансмуральное поражение стенки пищевода

3в степень

Обширный некроз всех слоев стенки пищевода

Критерии диагностики

1. Клиническая картина

- болевой синдром
- дисфагия
- рвота
- гиперсаливация

2. Рентгенологическая картина

- рубцовые сужения (с контрастированием пищевода)
- деформация пищевода

3. Эндоскопическая картина

- см. классификацию

Острый аппендицит

Острый аппендицит - самое частое заболевание органов брюшной полости у детей, требующее экстренной хирургической помощи.

Классификация

Недеструктивные формы

- катаральный
- хронический

Деструктивные формы

- флегмонозный
- гангренозный
- гангренозно-перфоративный

Критерии диагностики

- клинические симптомы (локальная болезненность, пассивное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга).
- результаты лабораторной диагностики (общий анализ крови - лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево, общий анализ мочи для дифференциальной диагностики с патологией мочевыделительной системы)
- осмотр детей раннего возраста в состоянии медикаментозного сна
- данные дополнительных методов диагностики (градиент ректальной и подмышечной температуры, пальцевое ректальное обследование)
- УЗИ брюшной полости
- лапароскопия в диагностически неясных случаях

Первичный перитонит

Заболевание, возникающее чаще у девочек в возрасте 3-7 лет, вследствие проникновения инфекционного агента в брюшную полость через влагалище (у мальчиков криптогенно)

Классификация

- I. По этиологии
 - диплококковый
 - пневмококковый
- II. По клиническим проявлениям
 - простая форма
 - токсическая форма

Критерии диагностики

- клиническая картина
 - несоответствие тяжести состояния сроку заболевания
 - болевой абдоминальный синдром на фоне лихорадки и интоксикации
 - местная симптоматика (симптомы раздражения брюшины)
 - явления вульвовагинита
- лапароскопия
 - прозрачный или мутноватый вязкий слизистый, либо гнойный выпот

- отечность матки и маточных труб
- гиперемия и отек фимбрий (симптом «красного венчика»)

Аппендикулярный перитонит

Перитонит – частое и наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита, заключающееся в прогрессирующей интоксикации за счет воспалительного процесса в брюшной полости и приводящее к развитию полиорганной недостаточности.

Классификация

- Общий перитонит
- Диффузный
- Разлитой или распространенный
- Местный перитонит
- Отграниченный (инфильтрат, абсцесс)
- Не отграниченный (подвздошный, тазовый)

Стадии аппендикулярного перитонита

- I-экссудативная
- II-токсическая
- III-терминальная (фаза полиорганных нарушений)

Критерии диагностики

- анамнез (срок с момента появления болей в животе)
- лабораторные данные (лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг влево)
- определение ОЦК (снижение ОЦК)
- тяжесть общего состояния
- локальная симптоматика (локальная болезненность, симптомы раздражения брюшины, пальпация инфильтрата)
- пальцевое ректальное обследование (пальпация инфильтрата)
- УЗИ (визуализация инфильтрата, абсцесса, наличие выпота в брюшной полости)
- лапароскопия (дифференциальная диагностика с первичным перитонитом)

Сепсис новорождённых

Сепсис – общее инфекционное заболевание, обусловленное септикогенным очагом, протекающее чаще ациклично на фоне изменённой реактивности организма (С.Я.Долецкий, 1983).

Классификация (А.Д. Островский, А.С. Воробьёв, 1985)

1. ГЕНЕЗ:
 - а) Первичный сепсис
 - б) Вторичный (в результате иммунодефицитного состояния)
2. ПЕРИОД ВОЗНИКНОВЕНИЯ:
 - а) Пренатальный (внутриутробный)
 - б) Постнатальный

3. **ЭТИОЛОГИЯ:**
стафилококк, стрептококк, кишечная палочка, синегнойная палочка, клебсиелла; смешанная инфекция; другие инфекционные факторы.
4. **«ВХОДНЫЕ ВОРОТА» ИНФЕКЦИИ:**
- а) пупочная ранка
 - б) кожа
 - в) лёгкие
 - г) пищеварительный тракт
 - д) среднее ухо
 - е) криптогенный сепсис
5. **ФОРМА БОЛЕЗНИ:**
- а) Септицемическая
 - б) Септикопиемическая (указываются все пиемические очаги)
6. **ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:**
- а) острое
 - б) подострое
 - в) затяжное
 - г) молниеносное
7. **КЛИНИКО – ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ:**
- а) ДВС-синдром, тромбгеморрагический синдром.
 - б) Септический шок
 - в) Токсико-дистрофическое состояние

Критерии диагностики

- анамнестические данные (хронические инфекционные заболевания у матери, длительный безводный период, «грязные» околоплодные воды)
- наличие нескольких очагов инфекции с однотипным возбудителем, последовательно возникающих и имеющих гематогенный генез
- клинические симптомы интоксикации (лихорадка, бледно-серый или желтоватый оттенок кожи, снижение массы тела, дисфункция желудочно-кишечного тракта и др.)
- гематологические сдвиги (анемия, лейкоцитоз и нейтрофилёз со сдвигом влево, токсическая зернистость нейтрофилов)
- выделение положительной гемокультуры однотипной флоры не менее 2-х раз

Некротическая флегмона новорождённого

Некротическая флегмона новорождённого - своеобразное острое гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки, присущее данному возрасту и отличающееся особенностями морфологической и клинической картины, в основе которой лежат распространённые некротические изменения с очень скудным серозным или серозно-гнойным отделяемым.

Классификация (Г.А. Баиров)

1. Простая форма
2. Токсико-септическая форма

Критерии диагностики

- клинические признаки в виде появления и прогрессирования очага стойкого нарушения кровообращения и трофики кожи и подкожной клетчатки с последующим развитием в нём обширного некроза
- типичная локализация воспалительного очага (спина, крестцовая область, ягодицы, затылочная область)
- проявления интоксикации
- воспалительные изменения в анализе крови

Омфалит

Омфалит – воспалительный процесс, локализующийся в области пупочной ямки и окружающих тканях.

Классификация

- Простая (катаральная) форма
- Флегмонозная форма
- Некротическая форма

Критерии диагностики

- клинические симптомы в виде воспалительных изменений со стороны мягких тканей в области пупка (гиперемия кожи, инфильтрация мягких тканей, серозные, серозно-гнойные или гнойные выделения из пупка)
- данные зондирования дна пупочной ямки (отсутствие признаков свищей области пупка)
- воспалительные изменения в общем анализе крови

Перитонит новорождённого

Перитонит - острый воспалительный процесс в брюшной полости на фоне развития различных инфекционно-воспалительных заболеваний её внутренних органов (аппендицит, дивертикулит, перфорация кишечника...).

Классификация (Т.В. Красовская, Н.В. Белобородова, 1993)

- I. По этиологическим и патогенетическим признакам
 - A. Перфоративный перитонит при:
 - 1. Некротическом энтероколите

- а) постгипоксическом
- б) септическом
- 2. Пороках развития желудочно-кишечного тракта
 - а) сегментарных пороках стенки полого органа
 - б) пороках развития, вызывающих механическую непроходимость желудочно-кишечного тракта
- 3. Остром аппендиците
- 4. Ятрогенных перфорациях желудочно-кишечного тракта.
- Б. Неперфоративный перитонит при:
 - 1. Гематогенном, лимфогенном инфицировании брюшины
 - 2. Контактном инфицировании брюшины
- II. По времени возникновения перитонита
 - 1. Пренатальный
 - 2. Постнатальный
- III. По степени распространения процесса в брюшной полости
 - 1. Разлитой перитонит
 - 2. Ограниченный перитонит
- IV. По характеру выпота в брюшной полости
 - 1. Фиброадгезивный
 - 2. Фибринозно-гнойный
 - 3. Фибринозно-гнойный, каловый

Критерии диагностики

- клинические симптомы в виде беспокойства, рвоты, вздутия живота, отёка передней брюшной стенки, гиперемия кожи, расширенная подкожная венозная сеть, у мальчиков – отёк и гиперемия мошонки)
- напряжение мышц передней брюшной стенки
- воспалительные изменения в общем анализе крови
- при перфорации кишечника – наличие свободного газа в брюшной полости при рентгенологическом исследовании

Парапроктит

Парапроктит – воспаление околопрямокишечной клетчатки, в развитии которого играют большую роль параректальные свищи (вследствие чего заболевание носит рецидивирующий характер). Если острый воспалительный процесс возникает на фоне уже имеющихся свищей, то такую форму заболевания принято называть хроническим рецидивирующим парапроктитом. Если на фоне картины полного выздоровления и заживления раны без образования свища, спустя какое-то время возникает новый приступ с характерными для острого парапроктита клиническими проявлениями, то такую форму заболевания принято называть острым рецидивирующим парапроктитом.

Классификация (НИИ проктологии, 1981)

- I. По этиологическому признаку:
 - банальный
 - специфический
 - посттравматический

II. По активности воспалительного процесса:

- острый
- инфильтративный
- хронический (свищи прямой кишки)

III. По локализации гнойников, инфильтратов, затёков:

- подкожный и подслизистый
- ишиоректальный
- пельвиоректальный
- ретроректальный.

IV. По расположению внутреннего отверстия свища:

- передний
- задний
- боковой

V. По отношению свищевого хода к волокнам сфинктера:

- интрасфинктерный (подкожно-подслизистый)
- трансфинктерный
- экстрасфинктерный

Критерии диагностики

- клинические признаки в виде нарушения акта дефекации (боли), воспалительных проявлений в параректальной области (зона гиперемии и инфильтрации мягких тканей), наличия в ней свищевых отверстий с гнойным отделяемым
- воспалительные изменения в общем анализе крови
- данные зондирования свищей, фистулографии, пробы с красителем

Остеомиелит

Остеомиелит - воспаление костного мозга с вовлечением в процесс кости и надкостницы

Классификация (Г.Н. Акжигитов, М.А. Галлеев, 1986)

I. Этиология (грамположительная и грамотрицательная флора)

1. Монокультура (стафилококк, стрептококк и др.)
2. Смешанная, или ассоциированная, культура
 - а) двойная ассоциация
 - б) тройная ассоциация
3. Возбудитель не выделен

II. Клинические формы

1. Острый гематогенный остеомиелит:

А. Генерализованная форма:

- токсикосептическая (адинамическая)
- септикопиемическая

Б. Местная (очаговая)

2. Посттравматический остеомиелит:

- а) развившийся после перелома кости
- б) огнестрельный
- в) послеоперационный, включая «спицевой»
- г) пострадиационный

3. Атипичные формы:

- а) Абсцесс Броди (вялотекущий внутрикостный абсцесс)
- б) Альбуминозный (остеомиелит Оллье)
- в) Антибиотический
- г) Склерозирующий (остеомиелит Гарре)

III. Стадии и фазы гематогенного остеомиелита

- 1. Острая стадия
 - а) интрамедуллярная фаза
 - б) экстрамедуллярная фаза
- 2. Подострая стадия
 - а) фаза выздоровления
 - б) фаза продолжающегося процесса
- 3. Хроническая стадия
 - а) фаза обострения
 - б) фаза ремиссии
 - в) фаза выздоровления

IV. Локализация процесса и морфологические формы

- 1. Остеомиелит трубчатых костей (эпифизарный, метафизарный, диафизарный, тотальный)
- 2. Остеомиелит плоских костей (тазовые кости, позвоночник, лопатки, череп)
- 3. Морфологические формы:
 - а) диффузная
 - б) очаговая
 - в) диффузно-очаговая

V. Осложнения

- 1. Местные:
 - а) патологический перелом
 - б) патологический вывих
 - в) ложный сустав
 - г) другие местные осложнения (анкилоз, контрактура, деформация конечности, нарушение роста кости, аррозивное кровотечение и др.)
- 2. Общие (предамилоидоз, амилоидоз, деструктивная пневмония...)

Критерии диагностики

- клинические признаки в виде выраженного болевого синдрома в соответствующей конечности с нарушением её функции, вынужденное положение конечности (болевая контрактура), в запущенных случаях – увеличение сегмента конечности в объёме с гиперемией кожи и инфильтрацией мягких тканей (параоссальная флегмона)
- гипертермия, выраженные признаки интоксикации, гепато-спленомегалия
- воспалительные изменения в общем анализе крови
- наличие признаков костной деструкции в виде остеолизиса на рентгенограммах (с 12 – 14 дня заболевания)
- повышение внутрикостного давления при остеотонометрии

Панариций

Панариций - острый воспалительный процесс пальцев и тканей кисти.

Классификация (М.И. Лыткин, И.Д. Косачёв, 1975)

1. Поверхностный панариций
 - а) кожный панариций
 - б) лимфатический панариций
 - в) эризипелоид
2. Ногтевой панариций
 - а) паронихия (околоногтевой)
 - б) подногтевой
3. Подкожный панариций
 - а) концевой фаланги
 - б) средней и основной фаланги
 - в) тыла пальца
4. Сухожильный панариций
 - а) ограниченные формы
 - б) распространённые формы
5. Костный панариций
 - а) острый костный панариций
 - б) хронический костный панариций
6. Гнойное поражение суставов пальца
 - а) суставной панариций
 - б) костно-суставной панариций
7. Пандактилит
 - а) в форме сухого некроза
 - б) в форме влажного некроза
 - в) смешанная форма.

Критерии диагностики

- клинические проявления в виде воспалительных изменений со стороны мягких тканей в области пальцев и кисти (гиперемия кожи, инфильтрация, отёк мягких тканей), выраженная болезненность с нарушением функции кисти
- воспалительные изменения в общем анализе крови
- при поражении костной ткани рентгенологически - костная деструкция

Бронхоэктатическая болезнь

Бронхоэктатическая болезнь – комплекс клинико-морфологических проявлений, в состав которых входит характерное поражение бронхов (bronхоэктазы) и всех составных элементов легочной ткани.

Классификация

1. По генезу:
 - врождённые
 - приобретённые
 - дизонтогенетические.
2. По форме:
 - цилиндрические
 - мешотчатые
 - кистозные.
3. По распространённости:
 - односторонние, двухсторонние
 - обширные, необширные (с указанием долей и сегментов).
4. По фазе процесса:
 - обострение
 - ремиссия.

Критерии диагностики

- клинические проявления в виде кашля с отхождением гнойной мокроты и обострениями хронического бронхита; симптом «утреннего плевка»;
- отставание в развитии, многократное малоэффективное консервативное лечение, сезонность обострений
- деформация грудной клетки с её асимметрией, наличие признаков ателектазов (смещение сердца в сторону локализации очага поражения), симптом стабильной локализации хрипов
- рентгенологически – снижение прозрачности легочного поля, наличие деформации легочного рисунка, тяжистости, ячеистости, тени ателектазов
- характерные данные КТ

Острая деструктивная пневмония

Острая деструктивная пневмония - осложнение пневмонии различной этиологии (стафилококковой, синегнойной, протейной, стрептококковой и т.д.), протекающее с образованием внутрилёгочных полостей и склонное к присоединению плевральных осложнений.

Классификация (М.Р. Рокицкий, 1988)

- I. ЭТИОЛОГИЯ:
- стафилококковые
 - стрептококковые
 - синегнойные

- протейные
- смешанные

II. ТИП ПОРАЖЕНИЯ:

1. Первичное поражение (аэрогенный путь инфицирования):
 - а) истинно первичное (осложнение бактериальной пневмонии)
 - б) условно первичное (наслоение на инфекцию, пороки развития лёгких)
2. Вторичное поражение (гематогенный путь инфицирования)

III. ФОРМЫ ПОРАЖЕНИЯ:

1. Преддеструкции (острые массивные пневмонии, острые лобиты)
2. Лёгочные формы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) мелкоочаговая множественная деструкция
 - б) внутрилёгочная деструкция
 - г) гигантский кортикальный («провисающий») абсцесс
 - д) буллёзная форма деструкции
3. Лёгочно-плевральные формы бактериальных деструкций:
 - а) пиоторакс (ограниченный, тотальный, «плащевидный»; «прободающая эмпиема»)
 - б) пиопневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
 - в) пневмоторакс (простой, напряжённый, ограниченный, тотальный)
4. Хронические формы и исходы бактериальных деструкций лёгких:
 - а) вторичные кисты лёгких (неосложнённые, осложнённые)
 - б) хронический абсцесс лёгкого
 - в) фиброторакс
 - г) хроническая эмпиема плевры (ограниченная, тотальная, без бронхоплеврального свища, с бронхоплевральным свищом, без плевро-кожного свища, с плевро-кожным свищом)
 - д) бронхоэктазии (ателектатические, без ателектаза)

IV. ФАЗА ТЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКЦИИ:

1. фаза преддеструкции
2. фаза острого течения
3. фаза подострого течения
4. фаза хронического течения

V. ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. Сепсис
2. Перикардит (гнойный, гнойно-фибринозный, фибринозный)
3. Медиастинальная эмфизема (простая, прогрессирующая)
4. Кровотечение (легочное, лёгочно-плевральное, внутриплевральное)

Критерии диагностики:

- клинические проявления в виде затруднения дыхания, одышка, кашель, гипертермия, интоксикация, бледность кожного покрова, цианоз
- физикальные данные (нарушение проводимости дыхания аускультативно, наличие хрипов, притупление перкуторного звука или тимпанит, смещение органов средостения)
- рентгенологические данные (обширное затенение легочного поля, наличие легочных полостей с признаками содержимого или без, признаки деструктивных изменений со стороны легочной ткани, наличие жидкости и свободного газа, смещение органов средостения)
- воспалительные изменения со стороны общего анализа крови
- данные диагностической пункции

Классификация раневого процесса (М.И.Кузин, 1977)

I–Фаза воспаления

- период сосудистых изменений
- период очищения раны

II–Фаза регенерации, образования и созревания грануляционной ткани

III–Фаза эпителизации и организации рубца

Виды заживления ран

- заживление первичным натяжением
- заживление вторичным натяжением
- заживление под струпом

Критерии диагностики

- общее состояние больного
- характер отделяемого из раны
- состояние грануляций
- выраженность процесса эпителизации
- результаты бактериологического и цитологического исследования

ПЛАНОВАЯ ХИРУРГИЯ

Болезнь Гиршпрунга

Порок развития толстой кишки, проявляющийся клиникой прогрессирующего запора, в основе которого лежит нарушение иннервации сегмента толстой кишки.

Классификация (Ю.Ф. Исаков, 1965)

1. Ректальная:
 - С поражением промежностного отдела
 - С поражением ампулярной части
2. Ректосигмоидная:
 - С поражением части сигмовидной кишки
 - С субтотальным или тотальным поражением сигмовидной кишки
3. Сегментарная:
 - с одним сегментом
 - с двумя сегментами
4. Субтотальная:
 - С поражением поперечно-ободочной кишки
 - С распространением на правую половину толстой кишки
5. Тотальная:

По тяжести течения:

1. Стадия компенсации
2. Стадия субкомпенсации
3. Стадия декомпенсации

Критерии диагностики

- запоры с первого года жизни или с рождения
- клиника прогрессирующей низкой кишечной непроходимости
- per rectum: ампула прямой кишки пустая
- ирригография - определение зоны аганглиоза и расширения над ней
- положительный тест на ацетилхолинэстеразу
- УЗИ органов брюшной полости

Диафрагмальные грыжи

Порок развития, при котором происходит перемещение органов брюшной полости в грудную клетку.

Классификация (С.Я. Долецкий, 1960)

1. Врождённые:
 - Диафрагмально-плевральные

- Парастернальные:
 - за груди́нные
 - за груди́нно-рёберные
 - Френоперекардиальные
 - Грыжи пищевого отверстия диафрагмы:
 - параэзофагеальные
 - эзофагеальные
2. Приобретённые:
- Травматические
 - Нетравматические
3. По наличию грыжевого мешка:
- Истинные
 - Ложные

Критерии диагностики

- клинические проявления: дыхательная недостаточность, сердечно - сосудистая недостаточность
- обзорная рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекции
- рентгенконтрастное исследование грудной и брюшной полости
- торакоскопия

Паховая грыжа

Порок развития обусловленный нарушением облитерации вагинального отростка брюшины и выходом органов брюшной полости в грыжевой мешок.

Классификация

1. Ущемлённые
2. Не ущемлённые
 - Паховые
 - Пахово-мошоночные:
 - канатиковая
 - яичковая

Критерии диагностики

- анамнез (изменение конфигурации пахово-мошоночной области в зависимости от положения ребёнка, физической нагрузки, кашля)
- пальпация, позволяющая выявить расширенное паховое кольцо, определить содержимое грыжевого мешка
- диафаноскопия

Спинномозговая грыжа

Порок развития, характеризующийся врождённым незаращением задней стенки позвоночного канала с одновременным грыжевым выпячиванием твердой мозговой оболочки, покрытым кожей и содержащим спинной мозг.

Классификация (Ю.Ф. Исаков)

1. Менингоцеле
2. Мененгорадикулоцеле
3. Менингомиелоцеле
4. Миелоцистоцеле
5. Рахизис
6. Spina bifida occulta
7. Spina bifida complicate

Критерии диагностики

- осмотр (подкожные выпячивания по ходу позвоночника в зависимости от локализации грыжи)
- клиническое обследование, позволяющее выявить неврологические симптомы, изменение тонуса большого родничка
- обзорная рентгенография для дифференциальной диагностики с тератомой крестцово-копчиковой области и иными опухолями
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование

УРОЛОГИЯ

Пороки развития мочевыводящих путей

1. Аномалии количества почек
 - агенезия
 - добавочная почка
2. Аномалии расположения почек
 - дистопия
 - нефроптоз
3. Аномалии взаимоотношения почек
 - различные виды сращений почек
4. Аномалии величины и структуры почек
 - гипоплазия
 - удвоение почек и мочеточников
 - кистозные аномалии

Агенезия почки

Агенезия почки – отсутствие закладки почки.

Классификация

1. Односторонняя
2. Двусторонняя

Критерии диагностики

- изменения в анализах мочи (лейкоцитурия, протеинурия, признаки обменной нефропатии)
- результаты УЗИ
- результаты экскреторной урографии
- данные цистоскопии
- данные ангиографического исследование

Аномалии расположения почек

Под дистопией почки понимают ее необычное расположение. Частота аномалии составляет в среднем 1 на 800 новорожденных

Классификация

1. Гомолатеральная дистопия
 - торакальная
 - поясничная
 - подвздошная
 - тазовая

2. Гетеролатеральная дистопия
- перекрестная

Критерии диагностики

- болевой синдром
- синдром пальпируемой опухоли
- результаты УЗИ
- данные экскреторной урографии
- данные почечной ангиографии
- данные КТ

Нефроптоз

Нефроптоз – повышенная подвижность почки (смещение ее книзу в вертикальном положении больного более чем на 1,5 поясничных позвонка)

Классификация

1. Подвижный нефроптоз
2. Фиксированный нефроптоз

Критерии диагностики

- болевой синдром
- синдром пальпируемой опухоли
- результаты УЗИ
- данные экскреторной урографии
- данные почечной ангиографии
- данные КТ

Аномалии величины и структуры почек

Удвоение почек и мочеточников

Удвоение – самая частая аномалия почек, встречающаяся у одного из 150 новорожденных.

Классификация

1. Полное
 - одностороннее
2. Неполное
 - двустороннее

Кистозные аномалии почек

Кистозные аномалии почек встречаются с частотой 1 на 250 новорожденных. К ним относятся следующие виды аномалий:

1. Поликистоз
2. Мультикистоз
3. Солитарная киста почки
4. Мультилокулярная киста почки

Критерии диагностики:

- болевой синдром
- синдром пальпируемой опухоли
- результаты УЗИ
- данные КТ
- данные экскреторной урографии

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс (ПМР) – заброс мочи из мочевого пузыря в мочеточники и коллекторную систему почек. Нарушение пассажа мочи приводит к присоединению инфекции, развитию рефлюкс-нефропатии, артериальной гипертензии и ХПН.

Классификация

1. Первичный (пассивный, активный, смешанный)
 - односторонний
 - двусторонний
2. Вторичный (пассивный, активный, смешанный)
 - двусторонний
 - односторонний

Степени ПМР

- I – заброс мочи возникает только в дистальный отдел мочеточника
- II – заброс мочи происходит на всем протяжении чашечно-лоханочной системы без ее расширения
- III – характерно умеренное расширение мочеточника и лоханки
- IV – отмечается выраженная дилатация коллекторной системы почки
- V – присоединяется снижение функции пораженной почки

Критерии диагностики

- болевой синдром
- мочевого синдром
- результаты микционной цистографии
- результаты УЗИ и экскреторной урографии
- данные уретроцистоскопии

Госпадия

Гипоспадия – порок развития, характеризующийся отсутствием нижней стенки уретры в дистальных отделах.

Классификация

- Головчатая форма
- Венечная форма
- Стволовая форма
- Мошоночная форма
- Промежностная форма
- «Гипоспадия без гипоспадии», гипоспадия типа хорды

Критерии диагностики

- отсутствие уздечки полового члена
- нарушение эрекции
- деформация полового члена
- уровень расположения наружного отверстия уретры
- нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания

Эписпадия

Эписпадия – врожденное расщепление верхней (дорсальной) стенки уретры.

Классификация

1. У мальчиков:
 - эписпадия головки
 - эписпадия полового члена
 - тотальная эписпадия
2. У девочек:
 - клиторная эписпадия
 - субсимфизарная эписпадия
 - тотальная эписпадия

Критерии диагностики

- определение полового хроматина
- нарушение эрекции у мальчиков
- уровень расположения наружного отверстия уретры
- деформация полового члена или клитора
- нарушения мочеиспускания от разбрызгивания мочи до ее полного недержания

Варикоцеле

Заболевание, обусловленное нарушением кровообращения яичка и проявляющееся расширением вен гроздевидного сплетения.

Классификация

- 1 степень
- 2 степень
- 3 степень

Критерии диагностики

- анамнез (наличие болей, сроки появления клинических симптомов)
- клинический осмотр (увеличение чаще левой половины мошонки)
- пальпация мошонки (гроздевидные венозные сплетения по ходу семенного канатика)
- спермограмма

Водянка оболочек яичка.

Порок развития обусловленный незаращением вагинального отростка брюшины и скоплением в нём серозной жидкости.

Классификация

1. Сообщающаяся водянка оболочек яичка
2. Сообщающаяся водянка семенного канатика
3. Изолированная водянка оболочек яичка
4. Киста семенного канатика

Критерии диагностики

- анамнез (сроки появления и темпы увеличения объёма мошонки, изменения её объёма в течение суток)
- осмотр (увеличение объёма мошонки)
- диафаноскопия

Крипторхизм

Крипторхизм – анатомические варианты необычного расположения яичка, остановившегося на пути миграции или уклонившегося в продвижении к мошонке.

Классификация (С.А. Горелик, 1968)

1. Врождённый

- Ретенция (паховая, абдоминальная)
- Эктопия (паховая, тазовая, промежностная, бедренная, лобковая, пениальная, перекрёстная)

2. Приобретённый

- Ложный
- Истинный

Критерии диагностики

- осмотр (гипоплазия мошонки)
- пальпация (отсутствие яичка в мошонке)
- УЗИ (визуализация яичка в паховой области, брюшной полости, отсутствие яичек)
- лапароскопия (при абдоминальной ретенции, отсутствии визуализации яичек или яичка)

ОНКОЛОГИЯ

Классификация злокачественных опухолей у детей была создана на основе современных принципов детской онкологии и использования достижений науки и техники, методологических подходов в онкологии.

Международная классификация рака у детей (Kramarowa et.al.,1998)

1. Лейкозы:
 - А. лимфобластный лейкоз
 - Б. острый нелимфобластный лейкоз
 - В. хронический миелобластный лейкоз
 - Г. другие специфические лейкозы
 - Д. неспецифические лейкозы
2. Лимфомы и ретикулоэндотелиальные опухоли:
 - А. болезнь Ходжкина
 - Б. неходжкинская Лимфома
 - В. лимфома Беркитта
 - Г. смешанноклеточные лимфоретикулярные опухоли
3. Опухоли ЦНС:
 - А. эпендимома
 - Б. астроцитомы
 - В. примитивные нейроэктодермальные
 - Г. другие глиомы
 - Д. другие специфические внутричерепные и внутриспинальные
 - Е. неспецифические внутричерепные
4. Опухоли симпатической нервной системы:
 - А. нейробластома и ганглионейробластома
 - Б. опухоли других отделов симпатической нервной системы
5. Ретинобластома
6. Опухоли почки:
 - А. опухоль Вильмса, рабдоидная и светлоклеточная саркома
 - Б. карцинома почки
 - В. неспецифические злокачественные опухоли
7. Опухоли печени:
 - А. гепатобластома
 - Б. карцинома печени
 - В. неспецифические злокачественные опухоли печени
8. Злокачественные опухоли костей:
 - А. остеосаркома
 - Б. хондросаркома
 - В. саркома Юинга
 - Г. другие специфические злокачественные опухоли
9. Саркомы мягких тканей:
 - А. рабдомиосаркома и эмбриональные саркомы
 - Б. фибросаркома, нейрофибросаркома
 - В. саркома Капоши
 - Г. другие специфические саркомы мягких тканей
10. Герминогенные, трофобластические и другие гонадные новообразования:
 - А. внутричерепные и внутриспинальные герминогенные опухоли

- Б. другие и неспецифические негонадные герминогенные опухоли
 - В. герминогенные опухоли гонад
 - Г. рак гонад
11. Карциномы и другие злокачественные эпителиальные опухоли:
- А. адренокортикальная карцинома
 - Б. рак щитовидной железы
 - В. назофарингеальный рак
 - Г. злокачественная меланома
 - Д. рак кожи

Международная классификация нефробластом по системе TNM/pTNM (1993)

T – первичная опухоль

TX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

T0 – первичная опухоль не определяется

T1 – опухоль одной почки до 80 кв.см (включая почку)

T2 – опухоль одной почки более 80 кв.см (включая почку)

T3 – опухоль одной почки с разрывом до лечения

T4 – двусторонние опухоли

N – регионарные лимфатические узлы

NX – недостаточно данных для оценки состояния регионарных л/узлов

N0 – нет признаков регионарного поражения л/узлов

N1 – регионарные л/узлы поражены метастазами

M – отдалённые метастазы

MX – недостаточно данных для определения отдалённых метастазов

M0 – нет признаков отдалённых метастазов

M1 – имеются отдалённые метастазы

pTNM – патогистологическая классификация

pT – первичная опухоль

pTX – недостаточно данных для оценки первичной опухоли

pT0 – первичная опухоль не определяется

pT1 – опухоль расположена внутри почки, инкапсулирована, возможно полное удаление, по краю резекции при гистологическом исследовании опухолевая ткань отсутствует

pT2 – опухоль распространяется за пределы капсулы или паренхимы почки, возможно полное удаление

pT3 – опухоль распространяется за пределы капсулы или паренхимы, возможно частичное удаление или предоперационный или послеоперационный разрыв

pT3a – микроскопически определяемая резидуальная опухоль, ограниченная ложем опухоли

pT3b – макроскопически определяемая резидуальная опухоль или наличие злокачественного асцита

pT3c – пробное хирургическое вмешательство, невозможность удаления опухоли

pT4 – двусторонние опухоли

pN – регионарные лимфатические узлы

pN x – недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфоузлов

pN0 – нет признаков регионарных метастазов

pN1 – регионарные лимфоузлы поражены метастазами
pN1a – регионарные пораженные лимфоузлы могут быть удалены
pN1b – регионарные лимфоузлы могут быть удалены частично

pM – отдалённые метастазы

Постадийная классификация нефробластом

- 1 стадия – опухоль локализуется внутри почки и не прорастает её капсулу
- 2 стадия – опухоль выходит за пределы почки, но не прорастает собственную капсулу, метастазы отсутствуют
- 3 стадия – опухоль прорастает собственную капсулу, околопочечную клетчатку или поясничные мышцы, прилежащие органы, имеется поражение регионарных лимфоузлов, разрыв опухоли до- или во время операции
- 4 стадия – наличие отдаленных метастазов (легкие, печень, кости и другие органы)
- 5 стадия – двусторонняя нефробластома

Доброкачественные опухоли у детей

К доброкачественным опухолям относятся опухоли различных тканей не склонные к метастазированию, инфильтративному росту, прогрессирующему течению с явлениями интоксикации.

Классификация

А. Опухоли мягких тканей:

1. Гемангиома (капиллярная, кавернозная, смешанная, комбинированная)
2. Лимфангиома (простая, кавернозная, кистозная)
3. Невусы (пограничный, смешанный, внутридермальный, юношеская меланома, голубой невус, лентиг)
4. Фибромы
5. Дермоидные кисты
6. Тератома

Б. Опухоли костей

1. Остеома
2. Остеоид-остеома
3. Доброкачественная хондробластома

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один или несколько правильных ответов

1. АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА СО СВИЦОМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) одышкой
- 2) пенистыми выделениями изо рта
- 3) срыгиванием створоженным молоком
- 4) смещением средостения

2. ВРОЖДЕННАЯ ДИАФРАГМАЛЬНАЯ ГРЫЖА ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ:

- 1) живот ладьевидной формы
- 2) вздутие в эпигастрии
- 3) сердечные тоны смещены в здоровую сторону
- 4) на стороне патологии дыхание не проводится
- 5) средостение смещено в больную сторону

3. КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СРОЧНО ПОКАЗАНО РЕБЕНКУ С АТЕЛЕКТАЗОМ ЛЕГКОГО

- 1) бронхоскопия
- 2) торакоскопия
- 3) бронхография
- 4) искусственный пневмоторакс

4. БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ ДЕФИЦИТ ВЕСА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) пилороспазм
- 2) высокая врожденная кишечная непроходимость
- 3) болезнь Гиршпрунга
- 4) ректovesтибулярный свищ

5. МНОЖЕСТВЕННЫЕ УРОВНИ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ

- 1) атрезии 12-перстной кишки
- 2) кишечной инфекции
- 3) парезе кишечника
- 4) атрезии подвздошной кишки
- 5) острой форме врожденного пилоростеноза

6. ОТСУТСТВИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ УРОВНЕЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАФИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- 1) атрезии подвздошной кишки
- 2) острой форме болезни Гиршпрунга
- 3) атрезии 12-перстной кишки

7. АНАТОМИЧЕСКИМ УРОВНЕМ МЕЖДУ НИЗКОЙ И ВЫСОКОЙ ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- 1) илеоцекальный угол
- 2) желудок
- 3) 12-перстную кишку
- 4) начальный отдел тощей кишки

- 5) подвздошную кишку
8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ВРОЖДЕННУЮ КИШЕЧНУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ В ПОЛОЖЕНИИ
- 1) горизонтальном
 - 2) вертикальном
 - 3) на боку
 - 4) с приподнятым ножным концом
 - 5) вниз головой
9. НАЛИЧИЕ 2-Х ГАЗОВЫХ ПУЗЫРЕЙ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У 2-Х ДНЕВНОГО НОВОРОЖДЕННОГО УКАЗЫВАЕТ НА
- 1) атрезию подвздошной кишки
 - 2) врожденный пилоростеноз
 - 3) мегаколон
 - 4) атрезию 12-перстной кишки
10. ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕДДА НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ
- 1) ирригография
 - 2) обзорная рентгенография
 - 3) инвертограмма по Вангенстину
 - 4) рентгенологическое обследование не показано
11. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ
- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
 - 2) инвертограмма по Вангенстину
 - 3) ирригография с барием
 - 4) нисходящая ирригография
12. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА НЕВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОПРИЯТИЕ
- 1) проба Элефанта
 - 2) рентгенография пищевода с бариевой взвесью
 - 3) обзорная рентгенография грудной и брюшной полости
13. ВОЗМОЖНА ЛИ ДИАГНОСТИКА АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА БЕЗ РЕНТГЕНКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
- 1) да, возможна
 - 2) невозможна
 - 3) возможна только в ранние сроки заболевания
14. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ПИЩЕВОДА У НОВОРОЖДЕННЫХ
- 1) изолированный трахеопищеводный свищ
 - 2) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем
 - 3) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем
 - 4) атрезия пищевода без свищей

15. НАЗОВИТЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ НОВОРОЖДЕННОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННУЮ ДИАФРАГМАЛЬНУЮ ГРЫЖУ

- 1) УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- 2) обзорная рентгенография органов грудной клетки
- 3) инвертограмма по Вангенстину
- 4) ирригография

16. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- 1) мягкий живот
- 2) "каловая рвота"
- 3) частый стул с патологическими примесями, стул с алой кровью
- 4) вздутие, напряжение мышц
- 5) отсутствие перистальтики
- 6) запавший живот

17. НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ НА СТАДИИ ПЕРФОРАЦИИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ

- 1) неравномерное газонаполнение кишечника
- 2) отсутствие свободного газа в брюшной полости
- 3) резкое снижение газонаполнения кишечника
- 4) свободный газ в брюшной полости

18. КАКАЯ ПРИЧИНА НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА

- 1) аганглиоз кишки
- 2) мальабсорбция
- 3) сдавление опухолью
- 4) спазм кишки

19. КАКОЙ ВИД НЕПРОХОДИМОСТИ СООТВЕТСТВУЕТ ПЕРИТОНИТУ

- 1) внедрение отдела кишки
- 2) паретический илеус
- 3) заворот
- 4) аганглиоз кишки

20. ПРИ ПИЛОРОСТЕНОЗЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- 1) УЗИ внутренних органов
- 2) фиброгастроскопия
- 3) ирригография
- 4) ангиография
- 5) компьютерная томография

21. ВРОЖДЕННАЯ ВЫСОКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРОЯВЛЯЕТСЯ СИМПТОМАМИ

- 1) рвота желчью
- 2) рвота "каловая", вздутый живот
- 3) запавший живот
- 4) асимметрия живота, болезненный живот
- 5) схваткообразные боли, скудный стул с кровью

22. У НОВОРОЖДЕННОГО С СИНДРОМОМ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ В ЖИВОТЕ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ВЫПОЛНЯЮТ

- 1) контрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- 2) УЗИ
- 3) ирригография
- 4) гастроскопия

23. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) смещение средостения в сторону поражения
- 2) расширение межреберных промежутков на стороне поражения
- 3) смещение средостения в сторону, противоположную патологии
- 4) смещение сердечной тупости в сторону поражения

24. ВНУТРИГРУДНЫМ НАПРЯЖЕНИЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) респираторный дистресс синдром
- 2) ложная диафрагмальная грыжа
- 3) трахеопищеводный свищ
- 4) напряженная киста легкого
- 5) атрезия хоан, агенезия легкого, ателектаз легкого

25. ОТСУТСТВИЕМ ЧЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ГИПОСПАДИЯ

- 1) нижней стенки уретры
- 2) верхней стенки уретры
- 3) правой латеральной стенки уретры
- 4) левой латеральной стенки уретры

26. КАКОВА ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЯИЧКА ПРИ ИСТИННОМ КРИПТОРХИЗМЕ

- 1) паховая
- 2) лобковая
- 3) бедренная
- 4) перекрестная
- 5) брюшная

27. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА

- 1) боль
- 2) изменения в анализах мочи
- 3) симптом пальпируемой опухоли
- 4) повышенное артериальное давление

28. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА

- 1) ультразвуковое сканирование
- 2) экскреторная урография
- 3) цистография
- 4) радионуклидное исследование
- 5) ретропневмоперитонеум

29. ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ КРИПТОРХИЗМА ПОКАЗАНО УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) паховая эктопия
- 2) паховая ретенция

- 3) абдоминальная ретенция
4) промежностная эктопия
30. КАКОЙ СИМПТОМ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ВАРИКОЦЕЛЕ
- 1) гематурия
2) расширение вен гроздевидного сплетения в мошонке
3) упорные боли в мошонке
4) гипоплазия мошонки
31. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ОПТИМАЛЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПМР
- 1) выделительная урография
2) УЗИ почек
3) почечная ангиография
4) ретроградная пиелография
5) микционная цистография
32. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПОЛИКИСТОЗ ПОЧЕК ДВУСТОРОННИМ ПОРОКОМ РАЗВИТИЯ
- 1) да
2) в редких случаях
3) только при сочетании с поликистозом легких
4) зависит от сопутствующих пороков почки
5) нет
33. КАКОЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ ОТНОСИТСЯ К АНОМАЛИЯМ ПОЛОЖЕНИЯ ПОЧЕК
- 1) подвздошная дистопия почки
2) удвоение почек
3) гипоплазия почек
4) агенезия
34. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) понос
2) локальная болезненность в правой подвздошной области
3) активная мышечная защита брюшной стенки
4) локальная пассивная мышечная защита
5) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
35. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА КИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
- 1) пневмоирригографию
2) электромиографию передней брюшной стенки
3) пальцевое ректальное исследование
4) рентгенографию по Вангестину
5) ультразвуковое исследование брюшной полости
36. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
- 1) обзорную рентгенографию лежа
2) обзорную рентгенографию стоя
3) ирригографию с барием
4) пневмоирригографию
37. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) осмотр во время медикаментозного сна после введения реланиума
- 2) масочный наркоз
- 3) осмотр во время естественного сна
- 4) медикаментозный сон с хлоралгидратом

38. КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ТРЕБУЕТ ОБСЛЕДОВАНИЯ

- 1) фиброэзофагогастродуоденоскопия
- 2) зондирование желудка
- 3) ангиография
- 4) радиоизотопное исследование
- 5) УЗИ и доплерографию системы воротной вены

39. УКАЖИТЕ РАННИЙ СИМПТОМ НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННОГО

- 1) кровоизлияния
- 2) лимфостаз
- 3) гиперемия кожи
- 4) папулезная сыпь

40. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ

- 1) 12-14 лет
- 2) 3-7 лет
- 3) 1-3 года
- 4) 3-6 месяцев
- 5) 1-3 месяца

41. УКАЖИТЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

- 1) абсцедирующая
- 2) кожная
- 3) септико-пиемическая
- 4) местная
- 5) буллезная
- 6) токсическая

42. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- 1) диагностическая пункция мягких тканей
- 2) флебография
- 3) электрорентгенография
- 4) измерение внутрикостного давления
- 5) обзорная рентгенография

43. НАЗОВИТЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

- 1) ирригография
- 2) обзорная рентгенография брюшной полости
- 3) рентгенография ЖКТ с барием
- 4) пневмоперитонеум

44. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ

- 1) селезенки
- 2) печени
- 3) полого органа
- 4) поджелудочной железы

45. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПОДКАПСУЛЬНОГО РАЗРЫВА ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ОРГАНА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- 1) УЗИ органов брюшной полости
- 2) обзорная рентгенография
- 3) компьютерная томография
- 4) ректальное обследование

46. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИТОНИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) некротический энтероколит
- 2) дивертикул Меккеля
- 3) дисбактериоз кишечника
- 4) острый аппендицит

47. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НАИБОЛЕЕ ЦЕННОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

- 1) тщательно собранный анамнез
- 2) физикальные данные
- 3) общеклинические и биохимические лабораторные показатели
- 4) рентгенологическое обследование

48. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАЗВИТИЯ ЛЕГОЧНО-ПЛЕРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) увеличение количества отделяемой мокроты
- 2) резкое нарастание дыхательных расстройств
- 3) значительное нарастание интоксикации в динамике
- 4) появление упорного кашля
- 5) легочное кровотечение

49. ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ВНУТРИПЛЕРАЛЬНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) продолжительная экспираторная одышка
- 2) сброс воздуха по легочно-плевральному свищу
- 3) скопление жидкости в плевральной полости
- 4) парез диафрагмы
- 5) обтурация бронха инородным телом

50. СРЕДИ СОЛИДНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

- 1) саркома
- 2) рак
- 3) нет четкого различия

51. ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- 1) рак желудка, рак шейки матки
- 2) нейробластома
- 3) рак молочной железы
- 4) рак прямой кишки
- 5) нефробластома

52. ПЕРВЫЕ ПРИЗНАКИ ГЕАНГИОМ ПРОЯВЛЯЮТСЯ В ВИДЕ

- 1) коричневых пятен
- 2) небольшого красного пятна на коже
- 3) проявлений дерматита

53. НАЗОВИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ЛИМФАНГИОМ

- 1) шея
- 2) забрюшинное пространство
- 3) конечности
- 4) паренхиматозные органы
- 5) ладони и подошвы

54. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА

- 1) волнообразная лихорадка
- 2) снижение артериального давления
- 3) пальпируемое образование в брюшной полости
- 4) абдоминальный болевой синдром

55. ВЫБЕРИТЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ

- 1) гемангиома
- 2) лимфангиома
- 3) саркома
- 4) пигментный невус
- 5) тератобластома

56. К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- 1) гистерография
- 2) выделительная урография
- 3) бронхография
- 4) пневмоирригография

О Т В Е Т Ы

1- 1,2	29- 3
2- 1, 2, 4	30- 2
3- 1	31- 5
4- 2	32- 1
5- 3,4	33- 1
6- 3	34- 2, 4, 5
7- 4	35- 1, 3, 5
8- 2	36- 3
9- 4	37- 1, 3, 5
10- 1	38- 1, 5
11- 2	39- 3
12- 2	40- 3
13- 1	41- 3, 4, 6
14- 2	42- 4
15- 2	43- 2, 3
16- 2, 4, 5	44- 3
17- 4	45- 1, 3
18- 1	46- 1
19- 2	47- 4
20- 1, 2	48- 2
21- 1, 3	49- 2
22- 2	50- 1
23- 2, 3	51- 2, 5
24- 2, 4	52- 2
25- 1	53- 1
26- 1, 5	54- 3
27- 1, 3	55- 1, 2, 4
28- 1, 2	56- 2

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ

- Гераськин А.В. Детская хирургия. Клинические разборы. ГЭОТАР-Медиа, 2011.
- Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2009
- Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. Учебник для медицинских вузов. Т 1 и 2. М., 2004
- Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни детского возраста. Учебник для медицинских вузов. Т 1 и 2. М., 1998. Электронная версия.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ

- Исаков Ю.Ф. с соавт. Абдоминальная хирургия у детей. М., 1988.
- Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. Питер, 1997.
- Глыбочко П.В. Основы детской хирургии. М., 2009.
- Дурнов Л.А. Детская онкология. М., 2004.
- Пури П. Атлас детской оперативной хирургии. М., 2009
- Тараканов В.А. Диагностика и лечебная тактика при врождённых пороках развития у детей. Учебное пособие. Краснодар, 2004.
- Тараканов В.А. Острый аппендицит у детей. Учебно-методическое пособие. Краснодар 2002.
- Тараканов В.А. Синдром портальной гипертензии у детей. Методическое пособие. Краснодар, 2000.
- Тараканов В.А. Тупая травма живота у детей. Учебно-методическое пособие. Краснодар, 2002.
- Тараканов В.А. Аноректальные пороки развития. Методические указания для студентов. Краснодар, 2009.
- Тараканов В.А. Спаечная непроходимость кишечника у детей. Учебно-методические указания для студентов. Краснодар, 2009.
- Тараканов В.А. Паховые грыжи у детей. Водянка оболочек яичка. Крипторхизм. Учебно-методическое пособие для студентов. Краснодар, 2011.

