

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

УТВЕРЖДЕНО
на заседании кафедры
протокол №
от _____ 2006 г.

УТВЕРЖДЕНО
На ЦМК
Протокол №
От _____ 2006 г.

ИНТЕРАКТИВНАЯ ИГРА “ СЛАБОЕ ЗВЕНО “

*(МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5-6 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО
И 6-7 КУРСОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТОВ)*

СОСТАВИТЕЛИ:

А.М.ШАМСИЕВ - ректор, зав.кафедрой госпитальной детской хирургии СамМИ, директор Самаркандского Научного Центра детской хирургии, доктор медицинских наук, профессор

Д.О.АТАКУЛОВ - доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной детской хирургии СамМИ

У.Т.СУВАНКУЛОВ – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной детской хирургии СамМИ

Ш.А.ЮСУПОВ - кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной детской хирургии

Э.Э.КОБИЛОВ - кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной детской хирургии

Р.Х.ИСРОФИЛОВ - ассистент кафедры госпитальной детской хирургии СамМИ

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

М.К.АЗИЗОВ – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской детской хирургии СамМИ, главврач Самаркандской областной детской многопрофильной больницы

Ю.М.АХМЕДОВ – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской детской хирургии СамМИ

*Учебно-методическое пособие для студентов и резидентов
медицинских институтов и слушателей факультета усовершенствования врачей*

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в медицинских высших учебных заведения широко внедряются новые педагогические технологии, позволяющие повысить качество обучения студентов. Неотъемлемой частью современных учебных технологий являются интерактивные игры, делающие учебный процесс увлекательным и интересным. Прежде всего, интерактивные методы обучения позволяют снять психологический барьер между студентом и преподавателем, тем самым способствуют полному раскрытию способностей студента, его умению систематизировать знания и умения, полученные на предыдущих курсах и циклах. Использование интерактивных игр развивает клиническое мышление студента, позволяет достигнуть максимальной объективности при оценке его знаний.

На кафедре госпитальной детской хирургии Самаркандского медицинского института при обучении студентов 5, 6 курсов лечебного и 6,7 курсов педиатрического факультетов применяется интерактивная игра «Слабое звено». Данная игра является универсальным способом оценки базовых знаний студентов в начале цикла, проверки усвояемости в процессе обучения, а также в конце блока по детской хирургии. Для проведения «Слабого звена» не требуется специальных условий, достаточно 10-15 минут для объективной оценки успеваемости группы студентов в количестве 6-8 человек.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕТОДА

Интерактивная игра «Слабое звено» проводится следующим образом. Ответственный ассистент по проведению игры заготавливает по 30-50 вопросов по каждой теме. Вопросы должны быть короткими, конкретными и предполагать ответ в течение 5-15 секунд. Студенты одной группы строятся в ряд полукругом по списку, ассистент группы со списком садится рядом для регистрации баллов. Ассистент ответственный по проведению игры знакомит участников с ее условиями, согласно которым, студент должен начать отвечать на вопрос в течение 3-х секунд, на полный ответ дается до 10 секунд, при условии, если ответ правильный. В случае отсутствия или неправильного ответа ассистент задает следующий вопрос другому участнику, таким образом, по очереди опрашиваются все студенты – это так называемый первый круг. Желательно для каждого круга вопросы готовить по одной тематике, тогда количество кругов будет зависеть от количества тем по которым, требуется провести опрос. Например, первый круг вопросов по теме «Острый аппендицит», второй по теме «Закрытые травмы живота» и т.д. Ответ на каждый вопрос оценивается по 3-х бальной системе, как правильный полный – 3 балла, правильный неполный – 2 балла,

неправильный – 0 баллов. В конце баллы суммируются, выводится средний балл и оглашается студентам.

Тема 1. Особенности острого аппендицита у детей различных возрастных групп и атипичных расположениях червеобразного отростка.

1. Патоморфологические формы острого аппендицита:

- 1-недеструктивные формы(простая форма)-катаральный аппендицит, хронический аппендицит.
- 2-деструктивно-гнойные формы-флегмонозный, гангренозный, гангренозно-перфоративный.

2. Укажите 3 основных локальных признака острого аппендицита у детей:

- 1- локальная болезненность в правой подвздошной области (с-м Филатова)
- 2-пассивное напряжение мышц в правой подвздошной области(Defens musculaire)
- 3-положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

3. Укажите основные жалобы больного с острым аппендицитом:

- 1-боли в правой подвздошной области
- 2-рвота 1-или 2 кратная
- 3-повышение температуры тела (субфебрильная)

4. Почему у детей первых лет жизни острый аппендицит встречается редко?

- 1-малое количество лимфатических фолликулов в червеобразном отростке
- 2-конусовидное строение ч\отростка
- 3-характер питания в грудном возрасте(жидкая пища)

5. Укажите особенности острого аппендицита у детей младшего возраста:

- 1-встречается редко
- 2-общие симптомы преобладают над местными
- 3-воспалительный процесс в ч\отростке протекает чрезвычайно бурно, быстро распространяется, механизмы отграничения воспалительного процесса слабо выражены
- 4-существуют специфические трудности в обследовании больных.

6. Перечислите общие симптомы, характерные для острого аппендицита у детей младшего возраста:

- 1-повышение температуры тела-до 38-39 гр.
- 2-рвота -до 3-5 раз
- 3-изменение характера стула

7. Укажите способ обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит:

- Осмотр ребенка во время естественного или медикаментозного сна.

8. В чем заключается методика осмотра под медикаментозным сном при остром аппендиците у детей младшего возраста?

После очистительной клизмы в прямую кишку вставляется резиновый катетер и по нему шприцем вводят 3% р-р хлоралгидрата (до года-10-15мл, 1-2 года-15-20мл, 2-3года-20-25мл). Через 15-20 мин наступает сон.

9. Укажите симптомы, определяемые при обследовании ребенка младшего возраста с острым аппендицитом во время сна
- 1-пассивное напряжение мышц брюшной стенки
 - 2-локальная болезненность
 - 3-симптом отталкивания рук хирурга.
10. Тактика врача приемного отделения при подозрении на острый аппендицит у ребенка 3-лет:
- Госпитализация в детский хирургический стационар.
11. Укажите 5 вариантов атипичного расположения червеобразного отростка при остром аппендиците у детей:
- 1- Подпеченочное расположение
 - 2-ретроцекальное расположение
 - 3-медиальное расположение
 - 4-тазовое расположение
 - 5-левостороннее расположение
12. Укажите характерные клинические проявления острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка:
- 1-боли над лоном или несколько правее, чаще схваткообразного характера
 - 2-появление жидкого стула, иногда с тенезмами и примесью слизи и крови в кале
 - 3-возможно частое болезненное мочеиспускание и изменения в моче.
13. Особенностью острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка являются:
- 1-боли в животе умеренно выражены
 - 2-напряжение мышц трудно определить.
14. Острый аппендицит при медиальном расположении червеобразного отростка характеризуется:
- сильными приступообразными болями в животе, многократной рвотой, иногда жидкий стул и вздутие кишечника.
15. Укажите дооперационные осложнения острого аппендицита:
- 1-перитонит

- 2-аппендикулярный инфильтрат
- 3-аппендикулярный абсцесс.

16. Укажите внутрибрюшные послеоперационные осложнения острого аппендицита:

- 1-инфильтрат брюшной полости
- 2-внутрибрюшное кровотечение
- 3-перитонит
- 4-абсцессы брюшной полости
- 5-спаечная кишечная непроходимость
- 6-кишечные свищи.

17. Перечислите 3 способа аппендэктомии:

- 1-лигатурный
- 2-погружной
- 3-инвагинационный.

18. Тактика лечения при холодном аппендикулярном инфильтрате:

-антибиотикотерапия, физиотерапия, наблюдение в динамике.

19. Во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит обнаружен катарально измененный ч\отросток. Какова дальнейшая тактика в данной ситуации?

- ревизия брюшной полости, аппендэктомия.

20. Современные инструментальные методы диагностики острого аппендицита:

- 1-электромиография
- 2-лапароскопия
- 3- УЗИ.

Тема 2. Осложнения язвенной болезни желудка и 12п-кишки у детей.

1. По причине возникновения гастродуоденальные язвы разделяют на :

- 1-первичные
- 2-вторичные (стрессовые язвы).

2. Этиологические факторы в развитии стрессовых язв у детей:

- 1-острая дыхательная недостаточность с гипоксией и гиперкапнией
- 2-острые нарушения циркуляции
- 3-послеоперационные септические состояния
- 4-состояния после тяжелой травмы
- 5-гормональные нарушения
- 6-прием лекарственных препаратов(стероидные гормоны, аспирин,НПВС).

3. Назовите лекарственные препараты, способствующие развитию острых гастродуоденальных язв:

стероидные гормоны, аспирин, нестероидные противовоспалительные средства

4. Назовите инструментальные способы остановки гастродуоденальных кровотечений:
- 1-эндоскопическая диатермокоагуляция
 - 2-эндоскопическая лазерная коагуляция
 - 3-трансэндоскопическая инъекция сосудосуживающих в-в (адреналин, вазопрессин).
5. Наиболее частая локализация язв у детей:
- двенадцатиперстная кишка.
6. Этиологические факторы при язвенной болезни у детей:
- алиментарный фактор
 - психоэмоциональный фактор
 - наследственный фактор
 - перенесенные инфекции и интоксикации с последующим расстройством нервной трофики.
7. По локализации язв различают язвенную болезнь:
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, выделяя при этом чисто дуоденальные, пилорические и комбинированные язвы.
8. По характеру желудочной секреции различают язв с :
- нормальной секрецией
 - с повышенной секрецией
 - с пониженной секрецией
9. Наиболее частая локализация дуоденальных язв:
- на задней стенке луковицы 12-перстной кишки.
10. Классификация язвенной болезни у детей:
1. По локализации язв- язвенная болезнь желудка и 12-п кишки
 2. По характеру желудочной секреции- нормальная, повышенная и пониженная
 3. По фазе процесса - обострение, затяжное течение, ремиссия
 4. По тяжести – легкая, средняя, тяжелая
 5. По осложнениям – кровотечение, перфорация, стенозирование.
11. Методы исследования при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки:
- рентгеноконтрастное исследование
 - гастродуоденоскопия.
12. Достоверный рентгенологический признак при язвенной болезни:
- симптом ниши.

13. Осложнения язвенной болезни у детей:

- кровотечение
- перфорация
- стенозирование.

14. Клинические проявления при язвенном кровотечении:

- 1 - Кровавая рвота в виде «кофейной гущи»
- 2 – дегтеобразный стул.

15. Достоверный метод диагностики гастродуоденальных язвенных кровотечений:

- гастродуоденофиброскопия.

16. Консервативное лечение гастродуоденальных язвенных кровотечений включает:

- локальная гипотермия-промывание желудка ч-з зонд холодной водой (8-10 гр.)
- диета Мейленграхта
- гемостатические средства(викасол,этамзилат, аминокaproновая к-та, хлорид кальция, контрикал, трасилол и др.)
- переливание гемостатических доз крови, плазмы, кровезаменителей, инфузионная терапия.

17. Хирургическое вмешательство при гастродуоденальных язвенных кровотечениях показано при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий в течение:

- 6-12 часов.

18. Клинические признаки при перфоративной язве желудка и 12п-кишки:

- резкие «кинжальные» боли в животе, рвота
- доскообразное напряжение живота и болезненность
- положительные симптомы раздражения брюшины
- отсутствие печеночной тупости при перкуссии живота.

19. Достоверный рентгенологический признак при перфорации язвы:

- свободный газ в брюшной полости под куполом диафрагмы.

20. Клинические признаки при стенозировании привратника:

- вздутие живота и боли, видимая перистальтика желудка после приема пищи
- рвота, приносящая облегчение больному
- потеря массы тела

- рентгенологически –увеличение размеров желудка, задержка контраста в желудке.

Тема 3. Повреждения паренхиматозных и полых органов брюшной полости и забрюшинного пространства у детей.

1. Повреждения органов брюшной полости принято разделять на:
 - закрытые
 - открытые
2. Открытые повреждения живота подразделяются на:
 - непроникающие
 - проникающие
3. Изолированным повреждением органов брюшной полости называется:
 - повреждение одного органа брюшной полости при травме живота.
4. Множественное повреждение органов брюшной полости это:
 - повреждение двух и более органов брюшной полости при травме живота.
5. Сочетанным повреждением органов брюшной полости принято называть:
 - одновременное повреждение органов брюшной полости и других систем и частей тела.
6. Перечислите 4 вида повреждений селезенки:
 1. Ушиб селезенки без повреждения капсулы, без подкапсульной гематомы и с образованием подкапсульной гематомы.
 2. Поверхностные надрывы капсулы.
 3. Разрыв капсулы и паренхимы
 4. Размозжение селезенки, отрыв части или всего органа от сосудистой ножки.
7. Почему при разрыве селезенки показатели красной крови в большинстве случаев остаются в пределах нормы?
 - в брюшную полость изливается кровь, депонированная селезенкой и не участвовавшая в общем кровотоке.
8. Перечислите 5 характерных для повреждения паренхиматозных органов симптомов:
 - с-м «Ваньки-встаньки»
 - с-м Куленкампа
 - с-м Вейнерта
 - с-м пупка
 - Френикус-симптом.
9. Укажите три вида повреждений печени:
 1. Повреждение паренхимы без разрыва капсулы (подкапсульные гематомы)
 2. Разрывы паренхимы с повреждением капсулы
 3. Центральные разрывы печени.
10. Дайте определение гемобилии при повреждении печени.
 - Это кровотечение в желчные пути при центральных разрывах печени и прорыве центральной гематомы в желчные ходы.

11. Укажите характерные признаки гемобилии при повреждении печени.
- рвота «кофейной гущей» и дегтеобразный стул, возникающие через несколько часов или суток после травмы.
12. Повышение в крови и моче активности какого фермента характерно для повреждения поджелудочной железы?
- альфа-амилазы (диастазы).
13. Какую информацию дает обзорная рентгенография при закрытой травме органов брюшной полости?
- помогает дифференцировать повреждение полых от паренхиматозных органов.
14. Доставлен мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры тела. Из анамнеза 5 часов назад упал в школе на живот. Состояние тяжелое, живот напряжен и резко болезненный во всех отделах, с-м Щеткина-Блюмберга положительный, перкуторно печеночная тупость не определяется. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ под куполом диафрагмы справа. Ваш диагноз? Тактика лечения?
- закрытая травма живота, повреждение полого органа. Операция.
15. Методы обследования при закрытой травме живота:
- обзорная рентгенография брюшной полости
 - УЗИ
 - лапароскопия
 - лапароцентез.
16. Перечислите 4 вида повреждений почек:
1. Поверхностное повреждение почки (ушиб)
 2. Субкапсулярное повреждение почки
 3. Повреждение почки с разрывом лоханки и чашечек
 4. Повреждение сосудистой ножки и отрыв почки.
17. Дайте определение проникающего и непроникающего повреждения почек.
- при проникающем виде повреждение сопровождается нарушением целостности чашечно-лоханочной системы и развитием урогематомы.
18. Укажите триаду симптомов при проникающем повреждении почки:
- боли в поясничной области
 - нарастающая припухлость в поясничной области
 - гематурия.
19. Укажите виды разрывов мочевого пузыря и способ диагностики.
- внутрибрюшинный
 - внебрюшинный .

Метод исследования- цистография.

20. Мальчик 10 лет, упал и ударился областью промежности. Жалуется на сильные боли, острую задержку мочи, выделение крови из уретры. При осмотре живота в надлобковой области определяется переполненный мочевой пузырь, кожа в обл. промежности синюшная, отмечается отек и резкая болезненность. Ваш диагноз? Какова тактика в данной ситуации?

- У мальчика разрыв промежностной части уретры, острая задержка мочи.
Тактика- чрескожная эпицистостомия.

Тема 4. Диагностика и тактика при различных грыжах, напряженной кисте семенного канатика, водянке, синдроме отечной мошонки.

1. Назовите причину развития грыжи белой линии живота :
 - незакрывшиеся щелевидные дефекты апоневроза белой линии, через которые прорываются участки предбрюшинной клетчатки с прилежащей париетальной брюшиной, редко- сальник или стенка кишки.
2. Сроки плановой операции при грыже белой линии живота:
 - с 2-х летнего возраста.
3. Возникновение пупочной грыжи связано:
 - с незаращением апоневроза пупочного кольца, через которое выпячивается брюшина, образуя грыжевой мешок с грыжевым содержимым.
4. Сроки плановой операции при пупочной грыже:
 - с 4-5 летнего возраста.
5. Причина возникновения паховых и пахомошоночных грыж:
 - нарушение облитерации вагинального отростка брюшины.
6. При наличии в грыжевом мешке дивертикула Меккеля грыжа носит название:
 - грыжа Литре.
7. Дифференциальная диагностика ущемленной паховой грыжи проводится с:
 - киста семенного канатика
 - паховый лимфаденит.
8. Клинические признаки при ущемлении пахомошоночной грыжи:
 - беспокойство, боли и наличие выпячивания в пахомошоночной области, не вправляющееся в брюшную полость, отсутствие с-ма кашлевого толчка, задержка стула, рвота.

9. У мальчика 2-х лет ущемленная правосторонняя паховая грыжа. Срок от момента ущемления – 4 часа. Какова тактика лечения.

- консервативное разущемление и операция в плановом порядке.

10. Тактика при ущемленных паховых грыжах у детей:

- у мальчиков если с момента ущемления прошло не более 12 часов- показано консервативная терапия с последующей плановой операцией. У девочек показана экстренная операция.

11. В чем заключается метод консервативного разущемления при ущемленной паховой грыже?

- очистительная клизма, в\м инъекция 1%-промедола, 0,1%-атропина по 0,1мл на год жизни, укладывают больного с приподнятым тазовым концом и на паховую область прикладывают грелку. Ребенок засыпает и грыжа вправляется самостоятельно.

12. Ущемленную бедренную грыжу следует дифференцировать с:

-паховым лимфаденитом.

13. Классификация эмбриональной грыжи:

- По размерам дефекта: малые(до 5см), средние(до 10см), большие(более10 см)

- По состоянию оболочек: неосложненные и осложненные(разрыв, инфицирование оболочек, кишечные свищи).

14. Причины возникновения эмбриональной грыжи:

- недоразвитие брюшной полости и нарушение процесса вращения кишечника, задержка на стадии «физиологической пуповинной грыжи».

15. Показания к консервативному лечению эмбриональной грыжи:

- большие размеры грыжи
- инфицированные грыжи
- неблагоприятный преморбидный фон.

16. Что называется водянкой оболочек яичка?

-заболевание, связанное с незаращением вагинального отростка брюшины и характеризуется скоплением в её полости серозной жидкости.

17. С какого возраста оперируют водянку оболочек яичка и назовите методы операции.

- с 2-летнего возраста. При изолированной водянке - операция Винкельмана, при сообщающейся – операция Росса.

18. Причина развития кисты семенного канатика?

- когда происходит облитерация вагинального отростка в проксимальном и дистальном отделах, а в средней части остается необлитерированным и здесь накапливается серозная жидкость.

19. Клинические признаки синдрома отечной мошонки какова лечебная тактика:

- боль, отек и покраснение мошонки. Показана экстренная операция – скрототомия.

20. Назовите 4 причины синдрома отечной мошонки:

- травма яичка, перекрут яичка или придатка яичка, некроз гидатиды Морганьи, орхидоэпидидимит.

Тема 5. Диагностика и тактика врача при заболеваниях пупка у детей.

1. Заболевания, развивающиеся при нарушении облитерация желточного и мочевого протоков:

- полные и неполные свищи пупка, киста мочевого протока, энтерокистома, дивертикул Меккеля.

2. Что представляет собой полный свищ урахуса и какими симптомами проявляется?

- Это задержка облитерации мочевого протока на всем протяжении. Проявляется постоянным выделением мочи из пупочной ямки.

3. Способы диагностики полного свища урахуса:

- фистулография, цистография.

4. Что такое неполный свищ пупка?

- нарушение облитерации мочевого или желточного протока в дистальной части.

5. Методы диагностики неполного свища пупка:

- зондирование свища
- фистулография.

6. Неполный свищ пупка дифференцируют:

- с фунгусом пупка и катаральным омфалитом.

7. Сроки оперативного лечения при неполных свищах пупка:

- с 1 года.

8. Сроки оперативного лечения при полных свищах пупка:

- по установлении диагноза.

9. Осложнения при полных свищах пупка:

- эвагинация, инфицирование мочевых путей и передней брюшной стенки, изъязвления и кровотечение.

10. Что такое энтерокистома?

- нарушение облитерации желточного протока в средней его части.

11. Что представляет собой дивертикул Меккеля и где он располагается?

- Патология, когда необлитерированной остается проксимальная часть желточного протока. Располагается на противобрыжечной стороне подвздошной кишки на расстоянии 20-100см от илеоцекального угла.

12. Укажите осложнения дивертикула Меккеля:

- кровотечение
- дивертикулит
- перфорация
- кишечная непроходимость (заворот, инвагинация).

13. Способ диагностики дивертикула Меккеля:

- радиоизотопная сцинтиграфия.

14. Укажите причину таких осложнений дивертикула Меккеля, как кровотечение, дивертикулит, перфорация:

- Гистологически ткань дивертикула состоит из дистопированной ткани слизистой оболочки желудка или 12-перстной кишки, реже поджелудочной железы, вырабатывающих ферменты.

15. Укажите 3 формы омфалитов в зависимости от степени воспалительного процесса.

- простая (катаральная) форма
- флегмонозная форма
- некротическая форма.

16. Что представляет собой фунгус пупка и способы лечения?

- Грибовидное разрастание грануляционной ткани на дне пупочной ямки. Лечение- ежедневные санации антисептическим р-ром и прижигание 1 раз в 3-4 дня 10% нитратом серебра (или ляписный карандаш). При неэффективности и при больших фунгусах – хирургическое удаление.

17. Омфалит дифференцируется с:

- фунгусом , свищами пупка, кальцинозом пупка.

18. Осложнениями омфалитов являются:

- пупочный сепсис, флегмона брюшной стенки, перитонит, абсцесс печени.

19. Лечение при простой форме омфалитов:

- ежедневные тщательные санации пупочной ранки путем промывания р-ром перекиси водорода с последующим прижиганием 10% нитратом серебра, р-ром перманганата калия или диоксида.

20. Хирургическое лечение при некротической форме омфалитов заключается:

- обкалывание инфильтрированных участков тканей в окружности зоны некроза и множественные насечки кожи пораженной поверхности, включая и границу со здоровой кожей.

Тема 6. Холецистопатии у детей. Диагностика и тактика врача-педиатра.

1. Атрезией желчных ходов называется:

- полное или частичное отсутствие желчных протоков.

2. Укажите 3 основных вида атрезии желчных протоков:

- атрезия внепеченочных желчных ходов
- атрезия внутрипеченочных ходов
- тотальная атрезия желчных ходов.

3. Перечислите 4 основных симптома атрезии желчных ходов:

- прогрессирующая желтуха
- потемнение цвета мочи
- ахоличный кал
- увеличение печени и селезенки с развитием цирроза печени.

4. Осложнения при атрезии желчных ходов:

- цирроз печени, печеночная кома, портальная гипертензия и кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.

5. При атрезии желчных ходов в крови нарастает концентрация:

- прямого (связанного) билирубина.

6. Методы диагностики при атрезии желчных ходов :

- УЗИ
- лапароскопия
- холецистохолангиография
- пункционная биопсия печени.

7. С какими 5 - заболеваниями проводят диф. диагностику атрезии желчных ходов?

- затянувшейся физиологической желтухой
- гемолитическая болезнь новорожденных
- врожденной гигантоклеточным гепатитом

- внутриутробными инфекциями (цитомегалия, токсоплазмоз, сифилис)
- закупоркой желчных ходов слизистыми и желчными пробками.

8. Что такое магнизиальная проба и с какой целью используется.

- Через зонд в 12-п кишку новорожденному вводят по 5мл 25%-сернокислой магнезии 3 раза в день в течение 2-3 дней. Проба используется для диф.диагностики атрезии желчных протоков с закупоркой ж\ходов слизистыми и желчными пробками.

9. Укажите классическую триаду симптомов при кисте общего желчного протока:

- боли в животе
- перемежающаяся желтуха
- опухлевидное образование в правом верхнем квадранте живота.

10. Укажите 3 информативных метода исследования при кисте общего желчного протока.

- УЗИ
- ретроградная холангиография
- лапароскопия .

11.Патоморфологические формы острого холецистита:

- катаральный
- флегмонозный
- гангренозный.

12. Основной метод диагностики фиброхолангиокистоза печени:

биопсия печени

13. Укажите симптомы, характерные при холецистите:

- симптом Мерфи
- симптом Ортнера
- симптом Керра

- Френикус - симптом
- смптом Боаса.

14. Основные жалобы при остром холецистите

- боли в правом подреберье(желчная колика)
- рвота
- повышение температуры тела

15. Комплекс консервативной терапии острого холецистита включает:

- покой, антибиотики, спазмолитики, инфузионная терапия, антиферментные препараты.

16. Укажите 2 формы хронического холецистита и какая форма преобладает у детей?

- калькулезный
 - бескаменный
- у детей преобладает бескаменный.

17. Осложнением портальной гипертензии является:

кровотечение из вен пищевода

18. Наиболее информативный метод диагностики хронического холецистита:

- пероральная и в\в холецистохолангиография.

19. В комплекс обследования больного с портальной гипертензией входит:

- спленопортография
- УЗИ
- радиоизотопная сцинтиграфия
- ЭГДФС

20. Перечислите 3 фактора в развитии камнеобразования в ж\пузыре:

- застой желчи
- воспаление
- изменение химического состава желчи вследствие нарушений обмена.

Тема 7. Пороки развития и заболевания толстой кишки.

1. Укажите патоморфологические изменения в пораженном участке толстого кишечника при болезни Гиршпрунга:

- нарушения структуры ауэрбаховских и мейснеровских сплетений в аперистальтической зоне, резкий дефицит нервных ганглиев в участке перехода расширенной части к-ки в суженную.

2. Перечислите 5 анатомических форм болезни Гиршпрунга:

- ректальная
- ректосигмоидальная
- сегментарная
- субтотальная
- тотальная

3. Укажите основной и ведущий симптом при болезни Гиршпрунга:

- отсутствие самостоятельного стула (хронический запор).

4. Укажите клинические стадии при болезни Гиршпрунга у детей:

1. Компенсированная (легкая или хроническая)
2. Субкомпенсированная (среднетяжелая или подострая)
3. Декомпенсированная (тяжелая или острая).

5. Основной метод исследования при болезни Гиршпрунга:

-контрастная ирригография.

6. Характерные рентгенологические признаки при болезни Гиршпрунга:

- на контрастной ирригограмме определяется суженная зона толстой кишки (аганглионарная) и супрастенотическое расширение.

7. Какое контрастное вещество используется для проведения ирригографии при б-ни Гиршпрунга?

- водная взвесь сульфата бария на 1% р-ре хлорида натрия или танина.

8. Оптимальный срок операции при болезни Гиршпрунга :

- возраст старше 1-2 года.

9. Перечислите 3 вида операций при болезни Гиршпрунга:

- Соаве-Ленюшкина
- Дюамель-Баирова
- Свенсона-Хиата-Исакова.

10. Достоверный метод исследования при аноректальной атрезии:

- рентгенография по Вангенстину.

11. В приемное отделение с роддома доставлен новорожденный через 8 часов после

рождения с жалобами со слов медперсонала на отсутствие заднепроходного отверстия. При осмотре живот вздут, заднепроходное отверстие на долженствующем месте отсутствует. Ваш предварительный диагноз и тактика обследования.

- Атрезия заднепроходного отверстия.
- Рентгенография по Вангенстину по истечению 18-24 часа.

12. Укажите виды бес свищевых форм аноректальных атрезий:

- атрезия заднего прохода
- атрезия заднего прохода и прямой кишки
- атрезия прямой кишки при нормально развитом анусе
- закрытое анальное отверстие.

13. Перечислите виды эктопий анального отверстия:

- промежностная
- вестибулярная.

14. Новорожденный мальчик, при обследовании живот вздут, была рвота, анус на должствующем месте отсутствует. На Р-грамме по Вангенстину, произведенной через 24 часа, расстояние от метки до газового пузыря больше 3см.

Ваш диагноз. Какова тактика лечения?

- Атрезия заднего прохода и прямой кишки.
- 2-этапная операция: 1этап-колостомия, 2-брюшнопромежностная проктопластика

15. Что такое эктопия анального отверстия?

-порок развития, когда нормальное анальное отверстие расположено на необычном месте- близко к половым органам (промежностная и вестибулярная формы).

16. Что такое склерозирующая терапия по Мезинову и с какой целью применяется?

- Это способ лечения выпадения прямой кишки.
- Заключается в инъекции 70 % спирта в параректальную клетчатку.

17. Для какой патологии характерно выделение нескольких капель алой крови в конце акте дефекации?

- полип прямой кишки

18. Методы диагностики полипов прямой кишки:

-пальцевое ректальное исследование и ректороманоскопия.

19. Для какого заболевания характерны сильная боль при акте дефекации и прожилки крови на поверхности каловых масс?

- трещины заднего прохода.

20. Спирто-новокаиновая блокада по Аминеву применяется :

- При трещинах заднего прохода.

Тема 8. Перитониты у новорожденных. Диагностика и тактика врача-педиатра.

1. По этиологии перитонит новорожденных делится на 2 класса:

- перфоративный
- неперфоративный.

2. Перечислите 4 причины перфоративного перитонита новорожденных:

- некротический энтероколит
- пороки развития ЖКТ

- острый аппендицит
 - ятрогенные перфорации ЖКТ.
3. Пути инфицирования брюшины при неперфоративном перитоните новорожденных:
- гематогенное и лимфогенное инфицирование
 - контактное инфицирование.
4. Наиболее частая причина перфоративного перитонита новорожденных:
- некротический энтероколит.
5. Какие отделы кишечника преимущественно поражаются при некротическом энтероколите?
- дистальный отдел подвздошной кишки и правая половина толстой кишки.
6. Назовите 4 клинические стадии некротического энтероколита:
- продромальная стадия
 - стадия клинических проявлений
 - предперфорация
 - перфорация и перитонеальный шок.
7. Рентгенологические признаки перфоративного перитонита новорожденных:
- наличие свободного газа над куполом диафрагмы в виде «серпа».
8. При каких стадиях некротического энтероколита показано консервативное лечение?
- первых 3-х стадиях.
9. В чем заключается консервативное лечение некротического энтероколита?
- декомпрессия ЖКТ
 - инфузионная терапия
 - антибиотикотерапия
 - селективная деконтаминация
 - иммунотерапия
 - десенсибилизирующая терапия.
10. Показания к оперативному лечению некротического энтероколита:
- 4-стадия - перфорация кишечника
 - неэффективность консервативной терапии в 3стадии в течение 6-12 часов
 - абсцедирование инфильтратов брюшной полости.
11. Изменения передней брюшной стенки при перитоните новорожденных:

- гиперемия, инфильтрация, отек, расширение венозной сети, отек половых органов.

12. Назовите 3 фазы течения аппендикулярного перитонита у детей:

- реактивная
- токсическая
- терминальная.

13. Какова хирургическая тактика при разлитом аппендикулярном перитоните, осложненном параличом кишечника?

- устранение источника перитонита
- декомпрессия кишечника путем аппендикомии или цекостомии
- санация и дренирование брюшной полости.

14. Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:

- недоразвитие сальника
- снижение пластических свойств брюшины
- преобладание экссудации в воспалительном процессе.

15. Диплококковым перитонитом преимущественно болеют:

девочки в возрасте от 3 до 7 лет.

16. Пути инфицирования брюшины при диплококковом перитоните у девочек:

- восходящий путь из влагалища.

17. Характерные признаки диплококкового перитонита у девочек:

- боли в животе
- рвота
- высокая температура
- слизисто-гнойные выделения из влагалища
- гиперлейкоцитоз .

18. С чем связано снижение заболеваемости диплококковым перитонитом у девочек старшего возраста?

- с появлением в составе микрофлоры влагалища палочек Дедерлейна, которые, создавая кислую среду, препятствуют развитию диплококков.

19. Назовите клинические формы диплококкового перитонита:

- локализованная
- септикопиемическая
- токсическая.

20. По распространенности аппендикулярный перитонит делится на:

- местный (отграниченный, неотграниченный)
- общий (разлитой, диффузный).

Тема 9. Приобретенная кишечная непроходимость. Диагностика и тактика врача-педиатра.

1. Назовите виды механической кишечной непроходимости.

- механическая
- динамическая.

2. Перечислите формы механической кишечной непроходимости:

- обтурационная
- странгуляционная
- смешанная (инвагинация).

3. Укажите виды динамической кишечной непроходимости:

- спастическая
- паралитическая.

4. Причины обтурационной кишечной непроходимости у детей.

- копростаз
- глистная инвазия
- опухоли, полипы.

5. Достоверный рентгенологический признак при кишечной непроходимости:

- наличие «чаш Клойбера».

6. Причины странгуляционной кишечной непроходимости:

- заворот кишечника
- спаечный процесс

7. У 8-месячного ребенка внезапно появились приступообразное беспокойство, рвота. Живот мягкий, в правой половине определяется образование 4х5см, подвижное, болезненное. Из прямой кишки отмечаются выделения крови и слизи. Болен в течение 10 часов. Ваш диагноз и тактика лечения.?

- пневматическая дезинвагинация.

8. Основные клинические признаки при кишечной непроходимости:

- рвота
- отсутствие стула

- боли и вздутие живота.
9. Разделительным сроком между ранней и поздней кишечной непроходимостью считается срок:
- 1 месяц.
10. Срок консервативного лечения при ранней спаечной кишечной непроходимости:
- 12-24 часа.
11. Срок консервативного лечения при поздней спаечной кишечной непроходимости:
- 4-6 часов.
12. Назовите 3 вида инвагинации кишечника в зависимости от локализации:
- илеоцекальная (слепо-ободочная, подвздошно-ободочная)
 - тонко-тонкокишечная
 - толсто-толстокишечная .
13. Назовите 5 основных клинических симптомов при инвагинации кишечника у детей.
- приступообразное беспокойство со светлыми промежутками
 - рвота
 - пальпируемый инвагинат в брюшной полости
 - отсутствие стула и газов
 - выделение крови и слизи из заднего прохода в виде «малинового желе».
14. В чем заключается симптом «обуховской больницы» при инвагинации кишечника .
- при ректальном исследовании ампула пуста, отмечается зияние ануса, сфинктер расслаблен, на перчатке следы крови и слизи.
15. В каком возрасте наиболее часто встречается кишечная инвагинация?
- В возрасте 3-9 мес.
16. Основной метод диагностики инвагинации кишечника:
- пневмоирригография.
17. Рентгенологический признак инвагинации кишечника:
- наличие головки инвагината и «серпа» воздуха вокруг головки.
18. Способ консервативного лечения при инвагинации кишечника:
- пневматическая дезинвагинация аппаратом Ричардсона.

19. У ребенка 7 мес диагностирована кишечная инвагинация. Давность заболевания - 36 часов. Ваша тактика.

- экстренная операция.

20. Способ оперативного лечения паралитической кишечной непроходимости:

- аппендикоэнтеростомия

- цекоэнтеростомия.

Тема 10. Диагностика и лечебная тактика при осложнениях бактериальной деструкции легких у детей.

1. По патогенезу деструктивная пневмония делится на:

- первичные

- вторичные.

2. Назовите фазы течения деструктивной пневмонии:

- преддеструкции

- деструкции

- генерализации.

3. К преддеструктивной фазе пневмонии относится:

- Очагово-сливная пневмония

- воспалительный инфильтрат.

4. Перечислите формы деструктивной фазы пневмонии:

- внутрилегочная форма

- легочно-плевральная форма

- легочно-медиастинальная форма.

5. К внутрилегочной форме деструкции относятся:

- абсцессы

- буллы.

6. Перечислите 3 вида легочно-плевральной деструкции:

- пневмоторакс

- пиоторакс

- пиопневмоторакс.

7. Какие виды пневмоторакса вы знаете?

- напряженный
- ненапряженный
- отграниченный

8. Назовите 3 вида пиоторакса:

- тоальный
- отграниченный
- плащевидный.

9. Перечислите 3 вида пиопневмоторакса:

- ненапряженный
- напряженный
- отграниченный.

10. Что такое эмфизема средостения и характерный при этом клинический признак.

- проникновение воздуха из пораженных бронхов в медиастинальную клетчатку.
- появление подкожной эмфиземы в яремной ямке и на шее, грудной клетке.

11. Укажите 2 вида медиастинальной эмфиземы.

- простая форма
- прогрессирующая форма.

12. Какова тактика лечения при прогрессирующей форме медиастинальной эмфиземы?

- супраюгулярная медиастинотомия.

13. Укажите характерные признаки при перкуссии и аускультации при пневмотораксе.

- при перкуссии на стороне поражения - тимпанит
- при аускультации- дыхание не прослушивается.

14. Рентгенологические признаки при напряженном пневмотораксе:

- воздух в плевральной полости
- легкое коллабировано
- органы средостения смещены в противоположную сторону.

15. Характерные рентгенологические признаки при напряженном пиопневмотораксе:

- уровень жидкости и газовый пузырь над ним
- легкое поджато к корню
- средостение смещено в противоположную сторону с образованием медиастинальной грыжи.

16. Клинические и рентгенологические признаки при тотальном пиотораксе:
- при перкуссии- тупой звук
 - при аускультации-дыхание не прослушивается
 - на Р -грамме-тотальное интенсивное гомогенное затемнение со смещением средостения в противоположную сторону и расширение межреберных промежутков.
17. У больного 12 лет с септикопиемической формой острого гематогенного остеомиелита бедра на 15 сутки лечения внезапно появилась выраженная одышка, тахикардия, цианоз носогубного треугольника. Перкуторно над легкими справа определяется тимпанит, аускультативно дыхание не прослушивается. На Р-грамме грудной клетки- справа воздух в плевральной полости, коллабирование легкого и смещение средостения в влево. Какое осложнение развилось и какова тактика в данной ситуации?
- напряженный пневмоторакс
 - торакоцентез с дренированием плевральной полости.
18. В установлении диагноза бактериальной деструкции легких ведущим методом является:
- рентгенография грудной клетки в вертикальном положении.
19. Укажите тактику лечения ребенка 8 мес с бактериальной деструкцией легкого, осложненного пиотораксом.
- Торакоцентез и дренирование плевральной полости.
20. Показания к торакоцентезу с дренированием плевральной полости:
- пиотораксы у детей до года
 - напряженный пиопневмоторакс и пневмоторакс независимо от возраста
 - при неэффективности пункционного лечения и при наличии густого и вязкого гноя.

Тема 11. Ранние и поздние осложнения при химических и термических ожогах пищевода у детей. Неотложная помощь и лечебная тактика.

1. Ожог пищевода каким веществом протекает тяжелее, кислотой или щелочью?
- ожоги щелочью протекает тяжелее.
2. Укажите осложнение при бужировании пищевода:
- перфорация пищевода.
3. Охарактеризуйте 1-степень ожога пищевода:
- 1 степень(легкая) – повреждается поверхностный слой эпителия и характеризуется отеком и гиперемией слизистой оболочки. Отек спадает на 3-4 сутки, эпителизация заканчивается через 7-8 дней после ожога.

4. Чем характеризуется 2-степень ожога пищевода?

- 2 степень(средняя) – более глубокое поражение слизистой с некрозом всего эпителия вплоть до подслизистого слоя с образованием легко снимающихся поверхностных струпов. Заживление происходит ч-з2-2,5 недель с образованием нежных поверхностных рубцов.

5. 3-степень ожога пищевода характеризуется:

- некрозом подслизистого и мышечного слоев с образованием глубоких долго неотторгающихся струпов. По мере их отторжения образуются язвы с последующим их рубцеванием.

6. Укажите основные 4 симптома ожога пищевода у детей:

- саливация
- дисфагия
- осиплость голоса
- повышение температуры тела.

7. Для ожогов пищевода какой степени характерно наличие периода мнимого клинического улучшения?

- для нелеченных ожогов 3- степени.

8. Сроки появления признаков рубцовой непроходимости пищевода при тяжелом ожоге пищевода:

- начиная с 3-4 недели после ожога.

9. При ожогах пищевода какой степени возможно рубцовое сужение пищевода?

- при ожогах пищевода 3- степени.

10. Диагностика ожога пищевода помимо клинических признаков основывается на:

данных диагностической эзофагоскопии.

11. Укажите срок проведения первой диагностической эзофагоскопии при ожоге пищевода:

- на 5-6 день после ожога.

12. Для дифференциации 2 и 3 степени ожога пищевода повторная эзофагоскопия проводится в сроки:

- через 3 нед после первой.

13. Первая помощь при химическом ожоге полости рта и пищевода заключается в:

- промывании желудка.

14. Профилактикой рубцового стеноза пищевода при ожогах является:

- бужирование.

15. Профилактическое бужирование при ожоге пищевода 2-3 степени начинается:

- в конце 1 недели.

16. Срок диспансерного наблюдения больного с ожогом пищевода 3-степени :

- 1 год.

17. Основным клиническими признаками рубцового стеноза пищевода являются:

- дисфагия
- рвота непереваренной пищей
- нарастающее истощение.

18. Укажите 2 основных диагностических метода при рубцовом стенозе пищевода:

- эзофагоскопия
- контрастная рентгеноскопия пищевода.

19. Способ лечения послеожогового рубцового стеноза пищевода :

- гастростомия с последующим бужированием пищевода за нить.

20. Укажите 3 основных симптома при перфорации пищевода:

- загрудинные боли
- подкожная эмфизема
- повышение температуры тела.

Тема 12. Диагностика и лечебная тактика при острой задержке мочи и анурии у детей.

1. Что называется острой задержкой мочи?

- невозможность самостоятельного мочеиспускания при наличии мочи в мочевом пузыре.

2. Укажите 2 формы острой задержки мочи в зависимости от причины:

- механическая (обтурация нижних мочевых путей)
- нейрогенная (поражение центральной или периферической нервной системы).

3. Признаки механической острой задержки мочи:

- позывы к мочеиспусканию
- боли над лонем, в пояснице, в промежности
- вынужденное положение больного и беспокойство.

4. Характерные признаки при нейрогенной острой задержке мочи:

- позывы к мочеиспусканию отсутствуют или слабо выражены
- несмотря на переполнение мочевого пузыря больной спокоен
- имеется неврологическая симптоматика (парезы и параличи, нарушение чувств-ти).

5. Диагноз острой задержки мочи ставится на основании:

- клинических признаков и данных катетеризации мочевого пузыря.

6. Механические причины острой задержки мочи:

- врожденные пороки - атрезия, клапаны, стриктуры уретры, фимоз
- травма уретры
- стриктура уретры после травмы или воспаления
- камни и инородные тела уретры и мочевого пузыря

7. Причины задержки мочеиспускания неврогенного характера:

- нарушения периферической иннервации мочевого пузыря
- рефлекторная задержка после операций, родов, травмы, истерии
- интоксикации алкоголем, наркотиками и инфекции.

8. Какова тактика лечения при острой задержке мочи, обусловленном камнем задней части уретры?

- струей смеси новокаина с глицерином камень проталкивается из задней части уретры в мочевой пузырь и устанавливается катетер .

9. Назовите 4 вида анурии:

- преренальная
- ренальная
- постренальная
- аренальная.

10. Дайте определение анурии:

- это состояние, при котором моча или не выделяется почками или не достигает мочевого пузыря вследствие обструкции верхних мочевых путей.

11. Мальчик 10 лет, упал и ударился областью промежности. Жалуется на сильные боли,

острую задержку мочи, выделение крови из уретры. При осмотре живота в надлобковой области определяется переполненный мочевой пузырь, кожа в обл. промежности синюшная, отмечается отек и резкая болезненность. Ваш диагноз? Какова тактика в данной ситуации?

- У мальчика разрыв промежностной части уретры, острая задержка мочи.
Тактика - чрескожная эпицистостомия.

12. Перечислите причины преренальной анурии:

- шок, кровотечение, сердечная недостаточность, неукротимая рвота, понос, ожоги.

13. Основными причинами ренальной анурии являются:

- травма почек, пиелонефрит, тромбоз и эмболия почечных артерий, гломерулонефрит, ОПН, ХПН, нефротоксические препараты.

14. Назовите причины постренальной анурии:

- обструкция мочеточников двусторонняя или односторонняя при единственной почке (камнем, кровяным сгустком, опухолью).

15. Причинами аренальной формы анурии являются:

- оперативное удаление единственной почки
- двусторонняя агенезия почек у новорожденного

16. Методы исследования при анурии и острой задержке мочи:

- катетеризация мочевого пузыря
- обзорная урография

- УЗИ
- экскреторная урография

17. Как называется метод рентгеноконтрастного исследования мочевого пузыря и уретры?

- Цисто-уретрография.

18. Перечислите 4 разновидности экскреторной урографии:

- обычная
- инфузионная
- компрессионная
- фармакоурография.

19. Укажите 2 основных метода исследования уродинамики нижних мочевых путей:

- урофлоуметрия
- цистометрия.

20. Дайте определение инфравезикальной обструкции:

- это нарушение оттока мочи из мочевого пузыря.

Тема 13. Диагностика и лечебная тактика при уропатиях.

1. Заболевание почек, приводящее к артериальной гипертензии

- гипоплазия почки

2. Перечислите аномалии положения почек (дистопии):

- грудная
- поясничная
- подвздошная
- тазовая.

3. К аномалиям количества относятся:

- Гипоплазия
- аплазия почки
- удвоенная почка
- добавочная почка.

4. К аномалиям взаимоотношения почки относятся:

- L-образная
- S-образная
- галетообразная
- подковообразная.

5. На экскреторной урограмме мальчика 10 лет отмечается расширение чашечек, лоханки

и мочеточника справа. Диагноз:

- уретерогидронефроз

6. Перечислите 6 основных причин врожденного гидронефроза :

- эмбриональные спайки пиелоуретрального сегмента
- аберрантный сосуд пиелоуретрального сегмента
- врожденный стеноз пиелоуретрального сегмента
- клапан мочеточника
- высокое отхождение мочеточника
- фиксированный перегиб мочеточника.

7. Назовите основные 2 метода диагностики аплазии почки:

- УЗИ
- экскреторная урография

8. Укажите заболевание, при котором отмечается нарастающая припухлость в поясничной области:

- гидронефроз
9. Как называется рентгеноконтрастный метод исследования мочевого пузыря и уретры?
- цисто-уретрография.
10. В детском возрасте пиелонефрит бывает обычно:
- обструктивный.
11. Причины уретерогидронефроза:
- стеноз мочеточника, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, ахалазия мочеточников.
12. Для оценки состояния уродинамики нижних мочевых путей необходимо выполнить:
- урофлоурометрия
 - цистометрия.
13. Дайте определение уретероцеле.
- кистовидное расширение интрамурального отдела мочеточника на месте впадения в мочевой пузырь.
14. Достоверный метод диагностики уретероцеле:
- цистоскопия
15. Как называется отсутствие передней стенки мочевого пузыря?
- экстрофия мочевого пузыря.
16. Для диагностики пузырно-мочеточникового рефлюкса проводится:
- микционная цистография
17. Укажите виды пузырно-мочеточникового рефлюкса:
- активный, пассивный, смешанный.
18. Назовите 4 причины инфравезикальной обструкции мочевого пузыря:
- контрактура шейки мочевого пузыря
 - клапан уретры
 - стеноз шейки мочевого пузыря
 - детрузорно-сфинктерная диссинергия.
19. Гематокольпос это:
- скопление менструальной крови в полости влагалища или матки в результате атрезии девственной плевы.

20. Перечислите 4 формы гипоспадии:

- головчатая
- стволовая
- мошоночная
- промежностная.

Тема 14. Гнойно-воспалительные заболевания у детей.

1. Назовите основные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний:

- воздействие на макроорганизм, микроорганизм и местный очаг.

2. Причины появления нейротоксикоза при острой стафилококковой инфекции у детей:

- недоразвитие функциональной способности нервной системы

3. У новорожденных некротическую флегмону вызывает возбудитель:

- золотистый стафилококк.

4. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относятся:

- боль при пальпации и перкуссии кости, высокая температура, нарушение функции конечности.

5. Основные особенности остеомиелита у детей до 2-х лет:

- поражение эпифиза, развивается артрит, не переходит в хроническую форму.

6. Мальчик в возрасте 5 лет поступил в стационар с острым остеомиелитом нижней трети

бедренной кости на 3 сутки после начала заболевания. Состояние тяжелое, выражена интоксикация, пневмония. Определите тактику:

- остеоперфорация после предоперационной подготовки.

7. Основные особенности флегмоны новорожденных:

- бурное течение, быстрое распространение, некроз кожи и подкожной клетчатки

8. Можно ли лечить флегмону новорожденных в условиях поликлиники:

- нет

9. Какая форма омфалита лечится в амбулаторных условиях:

- катаральная.

10. У ребенка 10-лет отмечаются боли в области 1/3 левой голени, ограничение функции конечности, высокая температура. Болен 2-й день. Местно видимых изменений

мягких тканей нет. Пальпаторно отмечается местная гипертермия и резкая болезненность в проекции н\з б\берцовой кости. На Р-грамме патологии нет. Ваш диагноз и тактика лечения.

- острый гематогенный остеомиелит - остеоперфорация

11. Местное лечение некротической флегмоны новорожденных заключается:

- нанесение множественных насечек на пораженную кожу с охватом здоровой кожи в шахматном порядке.

12. У новорожденных рожистое воспаление вызывается возбудителем:

- стрептококком.

13. У новорожденных рожистое воспаление проявляется следующими симптомами:

- разлитая гиперемия кожи
- местная гипертермия
- болезненность
- склонность к распространению
- функция не нарушена.

14. Методы лечения рожистого воспаления:

- повязки со стрептоцидовой мазью
- антибиотикотерапия
- УФО

15. Клинические признаки острого гнойного мастита у новорожденных:

- увеличение размеров молочной железы
- местная гипертермия и болезненность при пальпации
- гиперемия кожи и флюктуация.

16. Лечение гнойного мастита заключается :

- нанесении разреза в радиальном направлении
- антибиотикотерапия
- УВЧ-терапия.

17. Характерным симптомом при эпифизарном остеомиелите новорожденных является:

- симптом псевдопареза.

18. Назовите 5 видов панариция:

- кожный
- подкожный
- подногтевой

- костный
- сухожильный.

19. Комплекс лечения при рецидивирующем фурункулезе у детей включает:

- вскрытие гнойных очагов
- антибиотикотерапия
- антистафилококковая плазма
- биопрепараты
- десенсибилизация
- УФО.

20. Местное лечение эпифизарного остеомиелита новорожденных заключается в :

- пункции сустава или артротомии.

Тема 15. Мочекаменная болезнь у детей. Диагностика и лечебная тактика.

1. Назовите основные 3 фактора, способствующие развитию уролитиаза у детей:

- врожденные тубулопатии
- обструктивные уropатии
- инфекции мочевых путей

2. Виды мочевых камней, наиболее часто встречающиеся у детей:

- фосфатные
- оксалатные
- карбонатные
- цистиновые.

3. Основные 2 симптома при мочекаменной болезни:

- боли
- изменение в моче (гематурия, лейкоцитурия).

4. Дайте определение микро- и макрогематурии:

Микрогематурия – наличие в моче эритроцитов, выявляемое лишь при микроскопическом исследовании. Макрогематурия – кровь в моче видна невооруженным глазом.

5. Назовите 3 типа макрогематурии в зависимости от отношения к акту мочеиспускания:

- начальная
- терминальная
- тотальная

6. С помощью какой пробы определяется количество форменных элементов в моче, выделенных за 1 мин?

- проба Амбурже.

7. С помощью какой пробы определяется количество форменных элементов в моче, выделенных за 1 сут?

Проба Аддиса-Каковского.

8. Для какой локализации камней характерны боли типа почечной колики?

- камней лоханки или мочеточника.

9. Назовите 4 основных метода диагностики уролитиаза:

- обзорная урография
- УЗИ
- экскреторная урография
- радиоизотопная ренография

10. Назовите мероприятия, направленные на профилактику рецидивного камнеобразования:

- диета, фитотерапия, антибиотикотерапия, антисклеротические препараты, коррекция рН мочи с учётом химического состава удаленного конкремента, иммуностимулирующая терапия.

11. Достоверный метод исследования для диагностики рентгенконтрастного камня почки?

- ретроградная пневмоуретропиелография (введение воздуха в мочеточник).

12. На экскреторной урограмме рентгенконтрастные камни почек проявляются:

- дефектом наполнения.

13. Для камня какой локализации характерно появление клиники острого аппендицита?

- камня правого мочеточника.

14. Назовите современный малоинвазивный метод лечения при уролитиазе:

- метод ударно-волновой литотрипсии

15. Задачей диспансеризации детей с уролитиазом является:

- санации мочевыводящих путей от камней и осуществления мероприятий по предупреждению рецидивного камнеобразования (метафилактика).

16. Назовите вид новокаиновой блокады, применяемый при приступе почечной колики:

- блокада семенного канатика по Лорин - Эпштейну.

17. Дизурические расстройства и «симптом руки» характерны для:

- камня мочевого пузыря и уретры.

18. Назовите 5 осложнений мочекаменной болезни:

- калькулезный гидронефроз
- калькулезный пиелонефрит
- пионефроз
- паранефрит
- ХПН.

19. Назовите 5 основных вида оперативных вмешательств при уролитиазе:

- нефролитотомия
- каликолитотомия
- пиелолитотомия
- уретеролитотомия
- эпицистолитотомия

20. Тактика врача при камне задней части уретры, осложненном острой задержкой мочи:

- после введения обезболивающих и спазмолитиков струей смеси новокаина и глицерина камень проталкивается в мочевой пузырь. В плановом порядке производится эпицистолитотомия.

Тема 16. Диагностика и лечебная тактика при остром, хроническом и атипичном остеомиелите у детей.

1. К ранним симптомам острого гематогенного остеомиелита относятся:

- боль в пораженной кости, высокая температура, нарушение функции конечности.

2. Основные особенности остеомиелита у детей до 2-х лет:

- поражение эпифиза, развивается артрит, не переходит в хроническую форму.

3. Мальчик в возрасте 5 лет поступил в стационар с острым остеомиелитом нижней трети бедра на 3 сутки после начала заболевания. Состояние тяжелое, выражена интоксикация, пневмония. Определите тактику:

- остеоперфорация после предоперационной подготовки.
4. У ребенка 10-лет отмечаются боли в области н\з левой голени, ограничение функции конечности, высокая температура. Болен 2-й день. Местно видимых изменений мягких тканей нет. Пальпаторно отмечается местная гипертермия и резкая болезненность в проекции н\з б\берцовой кости. На Р-грамме патологии нет. Ваш диагноз и тактика лечения.
- острый гематогенный остеомиелит – остеоперфорация.
5. Характерным симптомом при эпифизарном остеомиелите новорожденных является:
- симптом псевдопареза.
6. Комплекс лечения гематогенного остеомиелита у детей включает:
- санация гнойного очага
 - воздействие на микроорганизмы
 - воздействие на макроорганизм.
7. Местное лечение эпифизарного остеомиелита новорожденных заключается в :
- пункции сустава или артротомии.
8. Назовите 3 клинические формы острого гематогенного остеомиелита у детей:
- местно-очаговая
 - септико-пиемическая
 - токсическая.
9. Основным возбудителем острого гематогенного остеомиелита является:
- золотистый стафилококк.
10. Чем обусловлены сильные боли в пораженной конечности при остром гематогенном остеомиелите?
- внутрикостной гипертензией (высоким внутрикостным давлением).
11. Метод диагностики острого остеомиелита, основанный на измерении внутрикостного давления называется:
- остеотонометрия.
12. На какие сутки появляются рентгенологические признаки острого метадиафизарного остеомиелита и чем проявляются?
- на 14-21 сутки. Остеопороз и периостальная реакция.
13. Тактика врача-педиатра поликлиники при подозрении на острый гематогенный

osteomyelitis:

- срочно направить больного в детский хирургический стационар.

14. К осложнениям острого остеомиелита относятся:

- сепсис, септико-пиемические осложнения
- переход в хроническую форму
- патологические вывихи и переломы
- укорочения и деформации конечностей.

15. Назовите 3 стадии гематогенного остеомиелита:

- острая стадия
- подострая стадия
- хроническая стадия.

16. Назовите рентгенологические признаки хронического остеомиелита:

- секвестральная полость
- секвестральная капсула
- секвестры.

17. Оперативное вмешательство, производимое при хроническом остеомиелите:

- севестрнекрэктомия.

18. Перечислите 4 атипичные формы остеомиелита:

- абсцесс Броди
- склерозирующий остеомиелит Гарре
- альбуминозный остеомиелит Олье
- антибиотический остеомиелит.

19. В острой стадии остеомиелита диф.диагностика проводится:

- травмы конечности
- флегмоны, нагноившиеся гематомы
- ревматизм
- злокачественные опухоли и лейкоз.

20. В хронической стадии остеомиелита диф.диагностика проводится с:

- туберкулезом кости
- опухолями костей

Тема 17. Осложненный эхинококкоз у детей. Эхинококкоз редкой локализации.

1. Возбудителем эхинококкоза является паразит:

- Эхинококкус гранулозус (Рудольф 1801г).

2. Кто является промежуточным хозяином эхинококкового паразита?

- человек и сельскохозяйственные животные (поражаются личиночной формой паразита).

3. Кто является окончательным хозяином эхинококкового паразита?

- домашняя собака, шакалы, волки, лисицы... (поражаются половозрелой формой паразита).

4. Какие 2 органа наиболее часто поражаются эхинококкозом?

- печень и легкие.

5. Из каких 6 элементов состоит эхинококковая киста?

- наружная кутикулярная (хитиновая) оболочка
- внутренняя зародышевая мембрана
- эхинококковая жидкость
- зародышевые пузырьки
- сколексы
- дочерние и внучатые пузырьки.

6. Назовите 3 основных путей заражения эхинококкозом:

- энтеральный - попадание онкосфер через ЖКТ
- аэрогенный – через слизистую дыхательных путей
- через раневую поверхность.

7. Назовите клинические стадии эхинококкоза:

- 1-стадия охватывает период от инвазии онкосферы до появления первых жалоб
- 2-стадия охватывает период от появления первых симптомов до наступления того или иного осложнения заболевания
- 3-стадия осложнений эхинококкоза

8. Перечислите 3 осложнения эхинококковых кист:

- перфорация (прорыв кисты)
- нагноение
- кальцификация (петрификация).

9. Перечислите редкие локализации эхинококкоза:

- эхинококкоз головного мозга
- эхинококкоз спинного мозга
- эхинококкоз глаза
- эхинококкоз внепеченочных желчных путей
- эхинококкоз поджелудочной железы

- эхинококкоз костей
- эхинококкоз мышц
- эхинококкоз молочной, щитовидной и околоушной слюнной железы.

10. Методы диагностики эхинококкоза:

- рентгенография
- УЗИ
- компьютерная томография
- радиоизотопное сканирование
- специфические иммунологические реакции (р-ция Кацони, РНГА, р-ция латекс-агглютинации).

11. Назовите тяжелое осложнение в результате прорыва эхинококковой кисты в брюшную или плевральную полость:

- анафилактический шок.

12. Рентгенологическая картина неосложненной эхинококковой кисты легкого:

- тень округлой или овальной формы в легком с четкими контурами.

13. Рентгенологические симптомы прорыва эхинококковой кисты легкого в бронх:

- округлой или овальной формы тень с четкими границами и наличием горизонтального уровня жидкости и газовым пузырем над ним, причем этот уровень не ровный, волнистый из-за наличия спавшейся хитиновой оболочки.

14. Назовите клинические признаки прорыва эхинококковой кисты легкого в бронх:

- острое затруднение дыхания и откашливание во весь рот большого количества прозрачной или пенистой жидкости с обрывками хитиновой оболочки или дочерних пузырей.

Тема18. Инородные тела различных локализаций у детей (желудочно-кишечного тракта, дыхательных путей, мягких тканей). Тактика педиатра.

1. Основные клинические признаки при инородных телах пищевода:

- дисфагия
- рвота
- боли в груди
- слюнотечение
- иногда цианоз в связи со сдавлением и отеком гортани на уровне 1-физиологического сужения пищевода.

2. Грозным осложнением при инородных телах пищевода является:

- перфорация пищевода и медиастинит.
3. Основной метод исследования при инородных телах пищевода:
- рентгенологический- обзорная рентгенография.
4. Метод исследования при рентгеннеконтрастных инородных телах пищевода:
- контрастная рентгеноскопия пищевода с бариевой взвесью.
5. Основной способ удаления инородного тела пищевода:
- эзофагоскопия.
6. Назовите 6 осложнений при инородных телах ЖКТ:
- внедрение в стенку кишки или желудка
 - перфорация
 - миграция в свободную брюшную полость
 - кровотечение
 - пролежень стенки
 - непроходимость ЖКТ.
7. Основной метод удаления инородных тел из желудка и 12-перстной кишки:
- фиброгастродуоденоскопия.
8. Показания к консервативному лечению при инородных телах желудка и 12п. кишки:
- консервативное лечение возможно, если инородное тело находится в желудке и 12-перстной кишке не более 3-5 сут и его размеры не более 8-12 см.
9. Показания к оперативному лечению при инородных телах ЖКТ:
- потенциально опасные инородные тела ЖКТ, если признаки продвижения отсутствуют 3-5 сут, а также при развитии осложнений.
10. Рациональный способ удаления инородного тела из долевых бронхов.
- бронхоскопия.
11. К какому заболеванию может привести недиагностированное инородное тело бронха?
- бронхоэктазии.
12. У ребенка внезапно во время еды появилось удушье и асфиксия. Укажите локализацию инородного тела и неотложная помощь в данной ситуации.
- инородное тело глотки или на уровне голосовой щели гортани. Неотложная помощь-

ребенку придают положение «вверх ногами», чтобы он мог путем фиксированной экспирации выкашлять инородное тело. Если это не удается – производят ларингоскопию с удалением инородного тела.

13. Приступы кашля и удушье, цианоз с втяжением уступчивых мест грудной клетки, а также «хлопающий шум» при аускультации характерно для какой локализации инородного тела дыхательных путей?

- инородное тела трахеи.

14. К чему приводит полная закупорка бронха инородным телом и каковы клинические и рентгенологические признаки при этом.

- развивается ателектаз соответствующей доли или всего легкого. При аускультации на соответствующей стороне ослабление дыхания, при перкуссии – укорочение звука, на Р-грамме- коллабирование легкого, средостение смещено в пораженную сторону.

15. Что с собой представляет «вентильный механизм» при инородном теле дыхательных путей, каковы его клинические и рентгенологические признаки?

- развивается при частичной закупорке инородным телом бронха, т.е. при вдохе воздух проходит свободно, огибая инородное тело, а при выдохе инородное тело obturiрует бронх и развивается эмфизема легкого. При этом перкуторно –

коробочный звук, аускультативно- усиление дыхательного шума на вдохе благодаря стенолическому шуму и ослабление на выдохе. На Р-грамме- повышенная воздушность легкого и смещение средостения в здоровую сторону.

16. Метод удаления глубоко расположенного рентгенконтрастного инородного тела из мягких тканей:

- удаление инородного тела под экраном рентгеноскопии.

Тема 19. Особенности онкологии детского возраста. Нефробластома у детей.

1. Назовите 5 основных особенностей опухолей у детей:

- врожденный характер большинства опухолей
- связь многих опухолей с пороками развития
- краткость латентного периода (от возникновения опухоли до её клин. проявлений).
- генетическая обусловленность многих опухолей
- способность к спонтанной регрессии, относительные критерии злокачественности .

2. Сколько клинических стадий нефробластомы бывает?

- 5 стадий.

3. Чем характеризуется 1-стадия нефробластомы?

- опухоль локализуется внутри почки и не прорастает её капсулу.

4. Охарактеризуйте 2-стадию нефробластомы:

- опухоль выходит за пределы почки, но не прорастает собственную капсулу, метастазы отсутствуют.

5. Охарактеризуйте 3-стадию нефробластомы:

- опухоль прорастает собственную капсулу, околопочечную клетчатку или поясничные мышцы и прилежащие органы, имеется поражение регионарных лимфоузлов, разрыв опухоли до или во время операции.

6. Для какой клинической стадии нефробластомы характерно наличие отдаленных метастазов (в легких, печени, костях и др)?

- для 4 стадии.

7. Чем характеризуется 5- стадия нефробластомы?

- двусторонние опухоли.

8. Назовите 3 морфологических типа нефробластомы:

- типичный
- эпителиальный
- мезенхимальный.

9. Назовите 2 основных клинических признака нефробластомы:

- пальпируемая опухоль в животе
- боли в животе.

10. Назовите 4 основных метода исследования при нефробластоме:

- экскреторная урография
- УЗИ
- компьютерная томография
- радиоизотопная сцинтиграфия.

11. Лечение нефробластомы 1-стадии:

- оперативное удаление опухоли

12. Лечение 2-стадии нефробластомы:

- предоперационная химиотерапия, операция, послеоперационная химиотерапия.
В случае недостаточной эффективности предопер.химиотерапии проводится предоперационная лучевая терапия.

13. Схема лечения нефробластомы 3 стадии:

- предоперационная химиотерапия, операция, послеоперационная химио- и лучевая терапия. Предоперационная лучевая терапия проводится при неэффективности

предоперационной химиотерапии или огромных размерах опухоли.

14. В каком возрасте наиболее часто встречается нефробластома?

- у детей в возрасте до 5 лет.

Тема 20. Лимфогранулематоз. Лимфосаркома. Диагностика и лечебная тактика.

1. Что представляет лимфогранулематоз или болезнь Ходжкина?

- это злокачественное новообразование лимфоидной ткани, в основе распространения которого лежит метастазирование – перенос и рост опухолевых элементов.

2. В каком возрасте наиболее часто встречается лимфогранулематоз:

- первый пик заболеваемости – в 4-6 лет, второй – в 12-14 лет.

3. Перечислите 4 гистологических типа лимфогранулематоза:

1-тип – лимфоцитарное преобладание

2-тип – нодулярный(узловатый) склероз

3-тип – смешанно-клеточный

4-тип – лимфоцитарное истощение.

4. Сколько клинических стадий лимфогранулематоза различают?

- 4 клинических стадий.

5. Чем характеризуется 1-клиническая стадия лимфогранулематоза?

- локализованная, поражение только одной области лимфоузлов или распространение процесса на смежный орган.

6. Охарактеризуйте 2- клиническую стадию лимфогранулематоза:

- поражение 2-х или более областей лимфоузлов по одну сторону диафрагмы или распространение процесса на смежный орган.

7. Чем характеризуется 3-клиническая стадия лимфогранулематоза?

- генерализованная- поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы может сопровождаться поражением селезенки и внемлимфатического органа (печень, легкие, плевра, кости, костный мозг).

8. Чем характеризуется 4-клиническая стадия лимфогранулематоза?

- диссеменированная – диссеменированное поражение одного или более внемлимфатических органов со связанным с этим увеличением лимфоузлов или без него.

9. Основным методом диагностики лимфогранулематоза является:

- метод аспирационной пункционной биопсии лимфоузла с цитологическим исследованием пунктата.

10. Что является достоверным в диагностике лимфогранулематоза?

- обнаружение в пунктате лимфоузлов характерных крупных гигантских с округлым ядром или многоядерных клеток – клеток Березовского-Штернберга.

11. Комплекс дополнительных методов исследования при лимфогранулематозе включает:

- рентгенография грудной клетки
- УЗИ
- экскреторная урография
- лимфография
- радиоизотопное скеннирование печени, селезенки, забрюшинных лимфоузлов
- костномозговая пункция (миелограмма).

12. Современное программное лечение лимфогранулематоза включает:

- индуктивная полихимиотерапия
- дифференцированная консолидирующая лучевая терапия
- реиндуктивная полихимиотерапия во время полной ремиссии.

13. Перечислите виды лимфосарком по классификации:

- 1 - нодулярная лимфосаркома
- 2 - диффузная лимфосаркома:
 - а) лимфоцитарная
 - б) лимфоплазмоцитарная
 - в) пролимфоцитарная
 - г) лимфобластная
 - д) иммунобластная
 - е) опухоль Беркитта (африканская лимфома).

14. Укажите основные локализации первичного очага при лимфосаркоме:

- периферические лимфоузлы
- средостение
- брюшная полость (брыжейка, кишечник)
- носоглотка.

15. Наличие признаков синдрома верхней полой вены, одышка, тахикардия, одутловатость и цианоз лица и шеи характерны для какой локализации лимфосаркомы?

- лимфосаркома средостения

16. Укажите характерные симптомы при лимфосаркоме брыжеечных лимфоузлов и кишечника:

- боли в животе периодического характера
- явления кишечной непроходимости
- увеличение объема живота с пальпацией конгломератов лимфоузлов, асцит
- иногда возможно развитие картины «острого живота» в связи с перфорацией опухоли кишечника или распадом и кровотечением из опухолевых узлов брыжейки.

17. Комплекс методов диагностики лимфосаркомы включает:

- цитоморфологическое исследование
- рентгенография
- радиоизотопное исследование
- томография
- исследование миелограммы

18. Лечебная тактика при лимфосаркоме:

- полихимиотерапия по схеме ЦОП (циклофосфан-винкристин-преднизолон) или ЦОПП (циклофосфан-винкристин-прокарбазин-преднизолон). При недостаточной эффективности полихимиотерапии применяется лучевая терапия.

19. Характерная цитологическая картина при лимфосаркоме:

- преобладание крупных лимфоидных элементов различной степени зрелости.

20. Назовите 2 основных и достоверных метода исследования при лимфосаркоме средостения:

- обзорная рентгенография грудной клетки
- компьютерная томография.

Тема 21. Опухоли кожи, мягких тканей и сосудистые опухоли у детей.

1. Дайте определение гемангиомы:

- доброкачественная опухоль, исходящая из кровеносных сосудов.

2. Перечислите 3 основных вида гемангиом:

- простая (капиллярная)
- кавернозная
- ветвистая.

3. Какие методы лечения гемангиом вы знаете?

- оперативный
- консервативный
- комбинированный.

4. Перечислите 4 метода консервативной терапии гемангиом:

- криотерапия

- склерозирующая терапия
- электртермокоагуляция
- лучевая терапия.

5. Укажите средства, применяемые для склерозирующей терапии гемангиом:

- 70%-этиловый спирт
- хинин-уретан.

6. У ребенка 6 мес. на коже в области левого плеча имеется образование размером 2х3см мягкой консистенции, возвышающееся над уровнем кожи, багрово-красного цвета с синюшным оттенком, поверхность неровная, имеется участок изъязвления, легко кровоточит. Ваш диагноз и лечебная тактика.

- кавернозная гемангиома плеча. Лечение - оперативное удаление опухоли.

7. Показания к консервативной терапии гемангиом:

- гемангиомы лица, носа, век исходя из косметических соображений, а также при невозможности выполнить операцию.

8. Дайте определение лимфангиомы:

- доброкачественная сосудистая опухоль врожденного характера, возникающая на месте порочно-развитых лимфатических сосудов.

9. Какие по строению различают виды лимфангиом?

- простая
- кавернозная
- кистозная.

10. У ребенка 1 года в правой подмышечной области имеется образование размером с куриного яйца, кожа над ней растянута и истончена, цвет кожи неизменен при пальпации консистенция мягко-эластическая, безболезненная, имеется флюктуация. Ваш диагноз и тактика лечения:

- кистозная лимфангиома подмышечной области. Оперативное удаление опухоли.

11. В каком возрасте рекомендуется оперативное удаление лимфангиомы ?

- в возрасте старше 6 мес.

12. Что представляет собой невус?

- доброкачественная опухоль кожи, образованная пигментными клетками эпидермиса и дермы.

13. Дайте определение меланомы:

- злокачественная опухоль кожи, исходящая из пигментных клеток эпидермиса и

дермы.

14. Что представляет собой дермоидная киста (дермоид)?

- доброкачественная опухоль из остатков эмбриональных клеток, состоящая из соединительной ткани, выстланной изнутри многослойным плоским эпителием аналогичным эпидермису, а полость заполнена сальной массой с примесью чешуек эпидермиса.

15. Что представляет собой атерома?

- доброкачественная опухоль, образующаяся в результате закупорки выводного протока сальной железы (сальная киста) и локализуется преимущественно на волосистой части головы.

16. Как называется доброкачественная опухоль, исходящая из жировой ткани?

- липома.

17. Как называется доброкачественная опухоль кожи, исходящая из соединительной ткани?

- фиброма.

18. Что представляет собой ангиосаркома?

- злокачественная сосудистая опухоль, состоящая из скопления большого количества кровеносных сосудов и саркоматозных клеток между ними.

19. Что представляет собой эндотелиома (гемангиоэндотелиома)?

- злокачественная сосудистая опухоль, исходящая из внутренней стенки кровеносного сосуда (эндотелия).

20. Что представляет собой перителиома (гемангиоперицтома)?

- злокачественная сосудистая опухоль, исходящая из наружной оболочки сосудов, растет по ходу сосудистых стволов и характеризуется муфтообразным разрастанием саркоматозных клеток вокруг просвета сосудов.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. – М.: Медицина, 1982.
2. Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. – М.: Медицина, 1998.
3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей. – СПб.: Питер пресс, 1997.
4. Баиров Г.А., Рошаль Л.М. Гнойная хирургия детей. – Л.: Медицина, 1991.
5. Дурнов Л.А., Ахмедов Б., Бухны А. Педиатрическая онкология. – Душанбе, 1986.
6. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1998.
7. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. Абдоминальная хирургия у детей. – М.: Медицина, 1988.
8. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Дронов А.Ф. Острый аппендицит в детском возрасте. – М.: Медицина, 1980.
9. Исаков Ю.Ф., Гераськин В.И., Степанов Э.А. Стафилококковая деструкция легких у детей. – Л.: Медицина, 1978.
10. Ленюшкин А. И. Руководство по детской поликлинической хирургии. – Л.: Медицина, 1986.
11. Ленюшкин А.И. Детская колопроктология. – М.: Медицина, 1990.
12. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. – М.: Медицина, 1986.
13. Рокицкий М.Д. Хирургические заболевания легких у детей. – М.: Медицина, 1988.
14. Сулейманов А.С. с соавт. Болалар хирургияси. – Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2000.
15. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Ленюшкин А.И. Хирургические болезни детского возраста. – Ташкент: Из-во «Ибн-Сино», 2001.
16. Шамсиев А.М. Острые деструктивные пневмонии у детей. Ташкент: из-во им. Ибн Сино, 1996.
17. Шамсиев А.М., Атакулов Д.О., Сулейманов А.С., Ленюшкин А.И.. Болезнь Гиршпрунга у детей.- Ташкент: из-во им. Ибн Сино, 1997.