Вопросы к экзамену

1. **Острый аппендицит у детей. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.**

1) Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей раннего возраста. Течение острого аппендицита у детей младшей возрастной группы значительно отличается от клинических проявлений у старших детей. Наиболее общей характеристикой клинической картины является преобладание общих неспецифических симптомов над местными. Более чем в 75% случаев с самого начала преобладают значительные нарушения общего состояния: дети становятся вялыми, капризными, нарушаются сон и аппетит. Маленький ребенок чаще указывает на боли в области пупка. Это связано с неспособностью точно локализовать место наибольшей болезненности из-за недостаточного развития корковых процессов, склонности к иррадиации нервных импульсов, близкого расположения к корню брыжейки солнечного сплетения, а также быстрого развития неспецифического мезентереального лимфаденита. Нередко дети раннего возраста вообще не жалуются на абдоминальные боли, что, однако, не говорит об их отсутствии. В этих случаях всегда существуют эквиваленты боли, которые легко выявляются при перемене положения тела, одевании, случайном прикосновении к животу. Непрерывность болей ведет к нарушению сна, что является характерной особенностью заболевания у детей младшего возраста. Иногда можно предположить приступообразный характер болей: периоды спокойного поведения сменяются приступами резкого двигательного беспокойства, плачем, отказом от приема пищи и т.д. Повышение температуры почти всегда бывает при остром аппендиците у детей до 3 лет. Чаще всего температура до 38-39°С и выше. Однако, повышения температуры может и не быть. Довольно постоянным симптомом является рвота 3-5 раз и более. Типичным для детей младшей возрастной группы является жидкий частый стул, что можно объяснить раздражением прямой кишки воспаленным червеобразным отростком, который, в силу анатомических особенностей, в этом возрасте (малая емкость брюшной полости и относительно длинный червеобразный отросток) находится в полости малого таза. При пальпации живота ориентируются на те же симптомы, что и у детей старшего возраста. Исследование должно быть щадящим, постепенным, обязательно сравнительным и повторным. Вначале проводят пальпацию бедра, грудной клетки, затем переходят на левую половину живота и, положив руку, дожидаются вздоха, на высоте которого исчезает активное напряжение и брюшная стенка расслабляется. При переходе на правую половину живота необходимо следить за реакцией ребенка и отвлекать его внимание. Пассивное мышечное напряжение более четко выявляется при умеренном, одновременном, давлении на обе половины живота. На вдохе, когда брюшная стенка расслабляется, разница в напряжении ощутима яснее. Среди приемов, облегчающих диагностику, большое значение необходимо придавать очистительной клизме. После этой манипуляции более четко определяется локальная болезненность, а послеоперационный период протекает благоприятнее из-за отсутствия газов и каловых масс в толстой кишке. Для того, чтобы исключить двигательное возбуждение, психоэмоциональные реакции и с наибольшей достоверностью выявить местные симптомы, можно прибегнуть к осмотру больного во сне. Это достигается либо длительным выжиданием физиологического сна (что нежелательно, поскольку возможно быстрое прогрессирование воспаления), либо во время медикаментозного сна. Пальцевое исследование прямой кишки необходимо проводить всем детям раннего возраста, т.к. это помогает исключить ряд других заболеваний (инвагинацию, копростаз, кишечную инфекцию и др.) Изменения в крови не всегда характерны, но чаще бывает лейкоцитоз в пределах 10\*109 /л –15\*10 9 /л 1мкл. Клиническое течение острого аппендицита у детей первых лет жизни гораздо тяжелее, чем в старшем возрасте. Воспалительный процесс в червеобразном отростке развивается необычайно быстро из-за недоразвития его интрамурального аппарата. Гангрена и перфорация отростка могут наступить даже через несколько часов от начала заболевания. Этому способствует относительная тонкость самой стенки отростка. Другой особенностью аппендицита в раннем детском возрасте является быстрое вовлечение в патологический процесс соседних участков брюшины и прилегающих органов. Эти факторы объясняют еще одну особенность—волнообразное, двухфазное течение острого аппендицита у маленьких детей. В связи с некрозом нервных окончаний в аппендиксе спонтанные боли исчезают, наступает, как бы, светлый промежуток, хотя его можно назвать ложным, так как общее состояние ребенка постепенно ухудшается и вскоре наступает трагическая фаза заболевания, обусловленная вовлечением в воспалительный процесс рядом расположенных участков брюшинного покрова. Острый аппендицит у детей грудного возраста. Наблюдается редко. Клиника идентична огромному числу соматических заболеваний: высокая температура, беспокойство, многократная рвота и расстройство стула. Следует обращать внимание на нарушение сна, отказ от пищи, беспокойство. Установлению диагноза аппендицита помогает осмотр ребенка во время естественного или медикаментозного сна. Острый аппендицит у новорождённых. Встречается исключительно редко. Клиника та же, что и у детей грудного возраста. Объективизировать признак пассивного мышечного напряжения помогает электромиография (ЭМГ) передней мышечной стенки. Это ценный диагностический тест при деструктивных формах аппендицита у детей. Этот метод позволяет объективно оценивать фазу мышечного напряжения, его распространенность. Тем самым косвенно оцениваются локализация, степень и распространенность воспалительного процесса. Метод показал особую диагностическую ценность выявления атипичного расположения. Проводят ЭМГ после применения клизмы с хлоралгидратом или введения ГОМК и устранения гипертермии. Решающее значение в диагностике трудных случаев принадлежит лапароскопии. Дифференциальная диагностика острого неосложненного аппендицита. Заболевания можно разделить на следующие группы: 1) Воспалительные и инфекционные заболевания 2) Хирургические заболевания органов брюшной полости 3) Урологическая патология 4) Гинекологические заболевания 5) Системные процессы.

ПК-5 , ПК-8 , ОПК-9

2. **Перечислите заболевания селезенки (изолированные) требующие хирургического лечения.**

1) I группа ИЗОЛИРОВАННЫЕ: а) аномалии развития селезенки; б) доброкачественные и злокачественные новообразования селезенки; в) кисты селезенки (паразитарные и непаразитарные); г) гнойно-воспалительные заболевания селезенки (абсцессы); д) заболевания сосудов селезенки и ее сосудистой ножки (инфаркт); е) механические повреждения селезенки. II группа СИСТЕМНЫЕ: а) при заболеваниях крови (эритропоза, лейкопоза, заболеваниях тромботического характера, заболеваниях ретикулоэндотелиальной системы); б) синдроме портальной гипертензии (внепеченочной и внутрипеченочной) III группа ПОРАЖЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ИНФЕКЦИЯХ

ПК-5 , ОПК-9

3. **Классификация, клиника, диагностика дивертикулов пищевода.**

1) Дивертикулы пищевода - это выпячивание стенки пищевода с образованием кармана. Различают пульсионные и тракционные дивертикулы. Стенка тракционного дивертикула состоит из всех слоев пищевода, пульсионный дивертикул состоит из слизистой пищевода. Наиболее часто встречается шейный дивертикул, реже бифуркационные и диафрагмальные. Диагноз уточняется рентгенологическим исследованием. Оперативному лечению подлежат только большие дивертикулы с длительной задержкой пищи (контрастной массы). При небольших дивертикулах с небольшой задержкой рекомендуют после еды промыть пищевод приемом чая, кофе, какао и др. жидкостями (12-1 стакан). Наибольшее практическое значение имеет шейный дивертикул Ценкера. Это типичный пульсионный дивертикул. Он образуется путем выпячивания слизистой пищевода в слабом месте перехода глотки в пищевод. Особенность заболевания состоит в том, что при глотании пища сначала попадает в дивертикул, наполняя и растягивая его и только затем попадает в пищевод. Заболевание проявляется появлением во время еды опухолевидного образования на шее, при надавливании на которое пища возвращается в глотку и полость рта. Больные вынужденно обращаются к врачу. Рентгенологическое исследование подтверждает диагноз. Лечение дивертикула Ценкера – оперативное – дивертикулэктомия с ушиванием его основания (ножки). При малых пульсационных дивертикулах возможна инвагинация дивертикула. При тракционных дивертикулах, по показаниям, производится дивертикулэктомия.

ПК-5 , ОПК-9

4. **Показания к операции при токсическом зобе.**

1) Показаниями к назначению хирургической операции при ДТЗ являются: - беременность; - загрудинный зоб; - зоб огромных размеров (35-40 мл); - непереносимость препаратов; - сдавление зобом крупных сосудов, пищевода и трахеи; - склонность к рецидивам; - сопутствующие патологии; - тяжелый тиреотоксикоз; - многоузловой токсический зоб, токсическая аденома.

ПК-5 , ПК-10 , ПК-20 , ОПК-6 , ОПК-8 , ОПК-9

5. **Анатомо-физиологические особенности кожи новорожденных.**

1) Кожа состоит из 3 слоев: эпидермы, дермы и подкожно-жировой клетчатки. Строение этих слоев у новорожденных имеет ряд особенностей. Кожа новорожденных отличается своей мягкостью, бархатистостью. Роговой слой тонкий и состоит из 2-3 рядов клеток менее плотно прилегающих друг к другу и легко слущивающихся, что облегчает проникновение микробов. Зернистый слой, за исключением области ладоней и подошв, чаще всего прерывистый и состоит только из одного ряда клеток. Основная мембрана очень рыхлая, поэтому эпидермис и дерма слабо связаны между собой, а это способствует легкой ранимости кожи. Кожа ладоней и подошв отличается мощным развитием в дерме соединительных волокон. С этим связывают отсутствие флегмоны новорожденных в этих областях. Подкожно-жировая клетчатка относительно более обильная, чем у взрослых. В клетчатке слабо развита эластическая ткань и недоразвиты мышечные волокна. По химическому составу подкожный жир новорожденных также своеобразен: в нем содержится большее количество твердых жирных кислот (пальмитиновая, стеариновая), что обусловливает более высокую точку плавления. Этим объясняется склонность к затвердеванию подкожного жира новорожденных. Кровеносные сосуды, питающие кожу, широкие, стенки их тонкие, состоят из одного ряда эндотелиальных клеток, растут косо вверх и лишь с возрастом принимают горизонтальное расположение. Венозное сплетение более густое, причем вены менее дифференцированы и уже артерий. Лимфатические сосуды, начинаясь в сосочках, образуют глубокую сеть между дермой и подкожной клетчаткой. Наличие богатой сети лимфатических щелей, более широких, чем у взрослых, способствует быстрому распространению проникающей инфекции. У новорожденных вследствие богатого нервного сплетения в коже высоких пределов достигает температурная, болевая, тактильная чувствительность, что требует применения обезболивания при любом оперативном вмешательстве. Кожа новорожденных, в связи с повышенным содержанием воды, сочна и отечна. Потоотделение, срыгивание, мочеиспускание, дефекация приводят к мацерации и инфицированию кожи. Несовершенны барьерные функции не только кожи, но и ретикулоэндотелиальной системы новорожденных.

ПК-5 , ПК-6 , ПК-8 , ОПК-6 , ОПК-8

6. **Рентгенологические признаки стафилококковой пневмонии.**

1) 1) интерстициальные инфильтрации вокруг бронхов, крупных сосудов и межлобарных перегородок; 2) гомогенные уплотнения: дольковые, сегментарные, долевые, одиночные или множественные; 3) признаки фокального, сегментарного или лобарного ателектаза или эмфиземы; 4) множественные поля просветления, указывающие на наличие деструктивного процесса в легких и бронхах; 5) одиночные абсцессы различной величины; 6) скопление жидкости или воздуха в плевральной полости; 7) стафилококковый инфильтрат и буллы (пневмотоцеле) являются характерными рентгенологическими признаками стафилококковой пневмонии.

ПК-6 , ПК-8 , ОПК-9 , ОПК-11

7. **Повреждение диафрагмы: классификация, клинические формы, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.**

ОПК-6 , ОПК-9 , ОПК-11

8. **Грыжи диафрагмы: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина, диагностика.**

ОПК-6 , ОПК-9 , ОПК-11

9. **Отдельные виды грыж диафрагмы: грыжи врожденных дефектов диафрагмы, френоперикардиальная грыжа, грыжи слабых зон диафрагмы (люмбокостальная грыжа (или грыжа Богдалека), парастернальная (или грыжа Ларрея-Морганьи)).**

ОПК-6 , ОПК-9 , ОПК-11

10. **Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы: классификация, степени пролабирования части желудка в грудную полость, клиника, диагностика, лечение.**

ОПК-6 , ОПК-9 , ОПК-11

11. **Релаксация диафрагмы: этиология, классификация, клиническая картина, диагностика (клинико-рентгенологические симптомы релаксации диафрагмы), лечение.**

ОПК-6 , ОПК-9 , ОПК-11

12. **Феохромоцитома: эпидемиология; этиология; патофизиология гиперкатехоламинемии; патогенез изменений, вызванных гиперкатехоламинемией; морфология; клиническая картина.**

ПК-5 , ПК-20 , ОПК-6 , ОПК-9

13. **Феохромоцитома: лабораторная диагностика, топическая диагностика, лечебная тактика.**

ПК-8 , ОПК-6 , ОПК-8 , ОПК-9

14. **Послеожоговые рубцовые сужения пищевода: основные черты патологии, клиническая картина, диагностика, лечение (бужирование пищевода, хирургическое лечение).**

ПК-5 , ПК-10 , ОПК-9 , ОПК-11

15. **Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагит и пептические стриктуры пищевода: основные черты патологии, классификация грыж ПОД по Б.В. Петровскому и Н.Н. Каншину, клиническая картина, диагностика, консервативное и оперативное лечение.**

ПК-5 , ПК-10 , ОПК-9 , ОПК-11

16. **Кардиоспазм: основные черты патологии, классификация кардиоспазма по Б.В. Петровскому, клиническая картина, диагностика, лечение.**

ПК-5 , ПК-10 , ОПК-9 , ОПК-11

17. **Ахалазия кардии: этиология, патогенез, классификация Т.А. Суворовой с дополнениями А.Л. Гребнева, клиническая картина, диагностика, лечение.**

ПК-5 , ПК-10 , ОПК-9 , ОПК-11

18. **Перечислить показания к плановой операции при кардиоспазме.**

ОПК-9 , ОПК-11

19. **Показания к торакотомии: гемостатические, аэростатические, дополнительные. Показания для: срочной, ранней и поздней торакотомий.**

ПК-5 , ОПК-9 , ОПК-11