

Кейсы | Высшее образование | Детская хирургия

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Детская хирургия | Записей: 2

Детская хирургия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Детская хирургия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Консультация детского хирурга в родильном доме.

1.2. Жалобы

Со слов неонатолога родильного дома у новорождённого с момента рождения отмечены: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах. Нарастает одышка, слышны на расстоянии хрипы.

1.3. Анамнез заболевания

По данным УЗИ во время беременности на 3 скрининге выявлена микрогастрия, многоводие. После родов отмечаются вышеперечисленные со слов неонатолога жалобы. Установлен желудочный зонд, на расстоянии 8 см от губ встречает препятствие, в желудок не проводится. Вызван на консультацию детский хирург.

1.4. Анамнез жизни

Ребёнок от 1 беременности, 1 родов самостоятельных путем. Беременность 38 недель на фоне многоводия. Масса при рождении 2540 грамм. Длина 51 см, окружность головы 34 см, окружность грудной клетки 33 см. По шкале Апгар 6/8 баллов. Не привит. Неонатальный и аудиоскринг не проведены. С рождения не кормился.

1.5. Объективный статус

Состояние тяжелое. На осмотр – беспокойство. Ребенок на спонтанном дыхании. Не кормится. В слепой конец пищевода установлен зонд, через который отходит слюна. Кожные покровы физиологической окраски. Большой родничок не напряженный. Склеры чистые. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Грудная клетка обычной формы, не вздута, обе половины участвуют в акте дыхания симметрично. Перкуторно легочный звук по всем полям. Аускультативно дыхание жесткое, проводится по всем полям. Проводные влажные хрипы по всем полям. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Смещение средостения нет. Язык влажный, чистый. Живот правильной формы; не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из под края реберной дуги на 1,0 см, край закругленный, пальпация безболезненная. Селезенка не пальпируется. Перистальтика кишечника вялая. Меконий не отошел. Мочеиспускание самостоятельное, моча светло-желтая. Половые органы сформированы по мужскому типу, правильно. Яички в мошонке S=D.

St. localis: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюней). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 8 см, после чего встречает препятствие. Проба Элефанта положительная.

1. План обследования

1. Вопрос

Лабораторным методом исследования, рекомендованным в данной ситуации, является

1. определение уровня альфафетопротеина крови
- 2. определение группы крови {plus} резус-фактора**
3. иммунограмма общая
- 4. биохимический анализ крови**
- 5. общий анализ крови**
- 6. коагулограмма**

Правильные ответы: определение группы крови {plus} резус-фактора; биохимический анализ крови; общий анализ крови; коагулограмма

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общи анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.3 Лабораторная диагностика. Рекомендовано выполнить лабораторные исследования: группа крови {plus} резус- фактор, общий анализ крови, биохимия крови, коагулограмма.

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Определение группы крови + резус-фактора

Группа крови: В (III) третья, Rh положительный.

3.2. Общий анализ крови

Общий анализ крови:

WBC, 109/л	RBC, 109/л	HGB, г/л	PLT, 109/л
31,1	4,49	165	239

3.3. Биохимический анализ крови

Биохимия крови:

Белок, г/л	АСТ, Е/л	АЛТ, Е/л	Бил. Общ, ммол/л	Креат, ммол/л	Na, мэкв/л	K, мэкв/л	Cl, мэкв/л
54	44	28	35	2,5	22	140	102

3.4. Коагулограмма

АЧТВ	Тромбиновое время	Фибриноген	Протромбин по Квику	МНО
38	23	1,4	95	1,0

3.5. Иммунограмма общая

IgA – 0,4 г/л, IgM – 0,33 г/л, IgG – 6,4 г/л, ЦИК отр. СРБ отр.

2. Вопрос

Данному пациенту рекомендовано проведение

1. ультразвукового исследования сердца

2. бронхографии

3. рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости

4. компьютерной томографии органов грудной клетки

5. ультразвукового исследования мочевого пузыря

6. нейросонографии

Правильные ответы: ультразвукового исследования сердца; рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости; ультразвукового исследования мочевого пузыря; нейросонографии

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Исследование выполняется в вертикальном положении, в прямой проекции, с захватом брюшной полости и грудной клетки:

- без контраста; рентгеноконтрастный зонд обнаруживается свернутым в слепом сегменте пищевода. Газонаполнение желудка и кишечника свидетельствует о наличии сообщения (трахеопищеводный свищ) между трахеей и дистальным сегментом пищевода. Если на обзорной рентгенограмме не визуализируется желудок и кишечные петли, то свищ отсутствует.

- с контрастом; водорастворимое контрастное вещество вводится в катетер, установленный в проксимальный отрезок пищевода (не более 0,5 – 1,0 мл); контрастируется слепой конец пищевода, а при наличии проксимальной фистулы – контрастируется трахео-бронхиальное дерево. Однако, стоит заметить, что контрастное исследование пищевода лучше выполнять в специализированном стационаре в случае необходимости.

При выполнении рентгенологического обследования возможно выявить сопутствующую патологию – дуоденальную непроходимость, пороки развития позвоночника, пневмонию. Поскольку верхний сегмент контрастирован, а трахео-пищеводный свищ, как правило, открывается над бифуркацией трахеи или в бифуркацию, то по данным рентгенологического обследования можно предположить протяженность диафрагмы между сегментами.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: для выявления сопутствующих аномалий, кроме визуального осмотра, позволяющего выявить анальные мальформации, пороки развития конечностей, рекомендовано обязательное выполнение: УЗИ мочевого пузыря, нейросонография, ЭХО-КГ.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

2.4 Инструментальная диагностика

Рекомендуется обследование для выявления возможных сопутствующих аномалий развития

5. Результаты обследования

5.1. Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости

Рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости с контрастированием: задержка контраста в проекции пищевода на уровне Th III, отмечается равномерное газонаполнение петель кишечника.

5.2. Ультразвуковое исследование мочевого пузыря

ПОЧКИ - размеры в норме, топика обычная, структурные. Чашечно-лоханочная система не расширена. Мочеточники не расширены. Надпочечники - без особенностей. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ - просвет свободен.

5.3. Ультразвуковое исследование сердца

аорта: не расширена, восходящая часть и дуга не изменены. Диаметр восходящей аорты 10 мм. АОРТАЛЬНЫЙ КЛАПАН: 3-х створчатый, створки и гемодинамика не изменены PGr max 4,5 mm Hg. При ЦДК регургитации нет. ЛЕГОЧНАЯ АРТЕРИЯ: не расширена, ствол, правая и левая ветви не изменены. Диаметр ствола 10 мм. КЛАПАН ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ: створки, гемодинамика не изменены. PGr max 3,5 mm Hg. При ЦДК физиологическая регургитация. МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены. При ЦДК регургитации нет. ТРИКУСПИДАЛЬНЫЙ КЛАПАН: створки, гемодинамика не изменены. При ЦДК физиологическая регургитация. ЛЕВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 17x20 мм не расширено. ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ: 17x20 мм не расширено. МЕЖПРЕДСЕРДНАЯ ПЕРЕГОРОДКА: ООО 2 мм с косым лево-правым сбросом. ПРАВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: не расширен. ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК: не расширен. КСР 14 мм. ФВ 66%. ЧСС 140. Диастолическая функция левого желудочка не нарушена Межжелудочковая перегородка 4,0 мм не утолщена, интактна. Задняя стенка левого желудочка 4,0 мм не утолщена.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: Полости сердца не расширены, стенки не утолщены, перегородки интактны, клапаны и крупные сосуды не изменены, функциональные параметры сердца в норме. Данных за ВПС нет. Гемодинамически незначимое открытое овальное окно.

5.4. Нейросонография

Правый боковой желудочек - 3 мм, левый боковой желудочек несколько расширен до 5 мм, третий - 3 мм. Межполушарная щель не расширена. Подболобочное пространство в проекции лобных долей не расширено. Очаговых изменений паренхимы не определяется.

2. Диагноз

3. Вопрос

Предполагаемый диагноз

1. Атрезия пищевода без свища

2. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

3. Врожденный гипертрофический пилоростеноз

4. Дуоденальная непроходимость

Правильный ответ: Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

На основании жалоб: акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, значительное скопление пенистой, вязкой слизи в полости рта, носовых ходах с рождения

На основании объективного осмотра: из ротовой полости отмечается скудное слизистое отделяемое (установлен зонд для отхождения слюней). Зонд проходит в пищевод через рот, на расстояние 8 см, после чего встречает препятствие. Проба Элефанта положительная

При рентген исследовании без контраста; рентгенконтрастный зонд обнаруживается свернутым в слепом сегменте пищевода. Газонаполнение желудка и кишечника свидетельствует о наличии сообщения (трахеопищеводный свищ) между трахеей и дистальным сегментом пищевода. Если на обзорной рентгенограмме не визуализируется желудок и кишечные петли, то свищ отсутствует.

- с контрастом; водорастворимое контрастное вещество вводится в катетер, установленный в проксимальный отрезок пищевода (не более 0,5 – 1,0 мл); контрастируется слепой конец пищевода, а при наличии проксимальной фистулы – контрастируется трахеобронхиальное дерево.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 2.2 Физикальное обследование, 2.3 Лабораторная диагностика, 2.4 Инструментальная диагностика.

7. Диагноз

7.1. Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем

3. Лечение

4. Вопрос

В связи с установленным диагнозом, ребенку показано

1. оперативное лечение по неотложным показаниям

2. проведение консервативной терапии

3. оперативное лечение в плановом порядке

4. оперативное лечение в экстренном порядке

Правильный ответ: оперативное лечение по неотложным показаниям

Новорожденному с атрезией пищевода должна быть оказана неотложная, в том числе неотложная специализированная медицинская помощь в условиях специализированного стационара, в любое время суток.

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

Хирургическое вмешательство проводится по неотложным показаниям при стабильном кардиореспираторном статусе и нормализации темпов диуреза. Оценка готовности ребенка к оперативному вмешательству осуществляется по данным результатов обследования и лабораторных показателей.

По экстренным показаниям оперируют новорожденных при выявлении атрезии пищевода в сочетании:

- с дуоденальной непроходимостью,
- с «синдромом утечки воздуха» при широком трахеопищеводном свище (когда не удастся проводить корректную ИВЛ)
- с пневмоперитонеумом при разрыве желудка.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

5. Вопрос

Оперативное лечение по экстренным показаниям пациенту с атрезией пищевода с дистальным трахеопищеводным свищем показано в сочетании с

1. недоношенностью
2. дуоденальной непроходимостью
3. синдромом Дауна
4. врожденным пороком сердца

Правильный ответ: дуоденальной непроходимостью

Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии:

По экстренным показаниям оперируют новорожденных при выявлении атрезии пищевода в сочетании:

- с дуоденальной непроходимостью,
- с «синдромом утечки воздуха» при широком трахеопищеводном свище (когда не удастся проводить корректную ИВЛ)
- с пневмоперитонеумом при разрыве желудка.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

6. Вопрос

Хирургическое лечение данному ребенку должно быть проведено в

1. ближайшем детском хирургическом стационаре 2 уровня
2. федеральном центре
3. лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня
4. родильном доме «на месте»

Правильный ответ: лечебно-профилактическом учреждении 3 уровня

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: Лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее помощь новорожденному с атрезией пищевода должно иметь в своем составе реанимационное место по профилю неонатология

(с соответствующим оснащением), специалистов: - детского хирурга (имеющего опыт работы с данной категорией больных) реаниматолога-анестезиолога, операционную, оснащенную неонатальным оборудованием, круглосуточную рентгенологическую и лабораторную службу

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение

7. Вопрос

Для предоперационной подготовки пациента рекомендовано выполнить

1. гемотрансфузию
2. перевод на искусственную вентиляцию легких, даже при отсутствии дыхательной недостаточности
3. пробное энтеральное кормление
- 4. постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации**

Правильный ответ: постоянное дренирование орального конца пищевода с целью профилактики аспирации

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3. Лечение Рекомендовано проводить предоперационную подготовку

8. Вопрос

Оптимальный объем неотложного оперативного лечения включает в себя

1. пластику пищевода желудком
2. пластику пищевода толстой кишкой, создание анастомоза пищевода
3. пластику пищевода тонкой кишкой
- 4. выделение и разобщение трахеопищеводного свища, создание анастомоза пищевода.**

Правильный ответ: выделение и разобщение трахеопищеводного свища, создание анастомоза пищевода.

Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств 1)

Наиболее часто встречается атрезия пищевода с дистальным ТПС. Методика оперативного вмешательства сводится к следующим этапам проведения оперативного вмешательства:

- выделение и разобщение трахеопищеводного свища
- мобилизация дистального отдела пищевода
- мобилизация проксимального отдела пищевода
- создание анастомоза пищевода.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.2 Хирургическое лечение

9. Вопрос

Этапное оперативное лечение рекомендовано при

1. недоношенности
2. сопутствующем врожденном пороке сердца
- 3. наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении**
4. подозрении на сопутствующий генетический синдром

Правильный ответ: наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

• Рабочая группа рекомендует проведение этапной коррекции у детей с атрезией пищевода, когда нет технической возможности выполнить одноэтапную операцию, или при наличии высокого риска осложнений при одноэтапном лечении.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.2 Хирургическое лечение Этапная коррекция

10. Вопрос

Ведение в послеоперационном периоде включает в себя

1. профилактическое бужирование пищевода на 14 сутки после операции
- 2. рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 6-7-е сутки после операции**
3. энтеральная пауза до 14 дней
4. рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 30-е сутки после операции

Правильный ответ: рентгенологическое обследование пищевода для исключения несостоятельности в зоне анастомоза на 6-7-е сутки после операции

На 6-7-е сутки после операции проводят рентгенологическое обследование пищевода водорастворимым контрастным веществом для исключения несостоятельности в зоне анастомоза

Детская хирургия: национальное руководство / под. ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Стр. 261

11. Вопрос

Тактика хирурга при выявлении несостоятельности анастомоза пищевода

1. эзофагостомия, экстирпация пищевода
- 2. наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости**
3. стентирование пищевода
4. ушивание несостоятельности пищевода по экстренным показаниям

Правильный ответ: наложение гастростомы по Кадеру, дренирование плевральной полости

В любом случае выявления утечки контрастного вещества, немедленно выполняют наложение двойной гастростомы по Кадеру. При необходимости устанавливают дополнительный дренаж в плевральную полость. Лечение начинают с консервативных мероприятий, исключая энтеральную нагрузку через желудочный зонд. Обязательным является контроль инфекционного статуса.

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Параграф 3.3 Иное лечение Послеоперационный период. Коррекция осложнений

12. Вопрос

Сроки диспансерного наблюдения у детей, оперированных по поводу атрезии пищевода в периоде новорожденности до __+ лет

1. 7
2. 3
3. 14

4. 18

Правильный ответ: 18

Уровень убедительности рекомендации D (уровень достоверности доказательств 4)

Клинические рекомендации Российской ассоциации детских хирургов. Атрезия пищевода у детей. 2016 г.

Детская хирургия - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Детская хирургия

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

В приемное отделение доставлен ребенок 3-х лет.

1.2. Жалобы

на

- * выраженное беспокойство,
- * слюнотечение,
- * подъем температуры тела.

1.3. Анамнез заболевания

Ребенок 30 минут назад по недосмотру родителей сделал глоток средства для прочистки труб «Tiret» (щелочь).

1.4. Анамнез жизни

- * Раннее развитие без особенностей.
- * Привит по возрасту.
- * Аллергоанамнез неотягощен.

1.5. Объективный статус

При осмотре: очень беспокоен, отмечается сильное слюнотечение. Лихорадит 38.5°C. Кожный покров и видимые слизистые бледные, чистые. Дыхание аускультативно – жесткое, с обилием влажных хрипов. Тоны сердца звучные, ритмичные, патологических шумов нет. Частота сердечных сокращений 130 ударов в минуту. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, доступен глубокой пальпации, перитонеальных признаков нет.

1. Диагностика

1. Вопрос

При поступлении в приемное отделение ребенку необходимо в первую очередь выполнить

1. УЗИ брюшной полости
2. фибробронхоскопию
3. рентгенографию органов грудной клетки
4. фиброэзофагогастродуоденоскопию

Правильный ответ: рентгенографию органов грудной клетки

В условиях приемного отделения детям с ожогами пищевода показано выполнение обзорной рентгенографии и КЩС крови.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

2. Вопрос

В данном случае фиброэзофагогастродуоденоскопию следует выполнить через +__+ дней с момента травмы

1. 9-10

2. 6-7

3. 1-2

4. 12-14

Правильный ответ: 6-7

При наличии клинических признаков ожога пищевода первую ФЭГДС необходимо выполнять к концу 1 недели.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

3. Вопрос

Степень ожога пищевода возможно определить по данным

1. фиброэзофагогастродуоденоскопии

2. рентгеноскопии пищевода с контрастом

3. компьютерной томографии

4. магнитно-резонансной томографии

Правильный ответ: фиброэзофагогастродуоденоскопии

Точное определение степени ожога, возможно через 3 недели при второй диагностической ФЭГДС, ранее дифференцирован 2 степень от 3 степени не представляется возможным.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

2. Лечение

4. Вопрос

Мероприятия первой врачебной помощи в данном случае заключаются в экстренной госпитализации и

1. обильном выпаивании

2. проведении антибактериальной терапии

3. интубации трахеи

4. промывании желудка через зонд

Правильный ответ: промывании желудка через зонд

В качестве первой помощи ребенку необходимо промыть желудок через зонд большим количеством воды, обеспечить адекватное дыхание, наладить инфузионную терапию.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

5. Вопрос

Профилактическое бужирование пищевода следует начинать через +__+ дней с момента травмы

1. 12

2. 14

3. 10

4. 7

Правильный ответ: 7

Профилактическое бужирование следует начинать в конце первой недели, если при ФЭГДС выявлен ожог пищевода 2-3 степени.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

6. Вопрос

Наиболее безопасным является бужирование пищевода

1. за нить
2. по струне
3. прямое
4. форсированное

Правильный ответ: за нить

Наиболее безопасным является бужирование пищевода за нить. Бужирование пищевода прямо (вслепую) наиболее рискованный вид бужирования.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

7. Вопрос

Наложение гастростомы является необходимым для

1. балонной дилатации пищевода
2. бужирования по струне
3. бужирования за нить
4. прямого бужирования

Правильный ответ: бужирования за нить

Для бужирования за нить необходимо наложение гастростомы.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

8. Вопрос

Наложение гастростомы в данном случае

1. не показано
2. показано при формировании стеноза
3. показано в экстренном порядке
4. показано при явлениях медиастинита

Правильный ответ: не показано

Показаниями к наложению гастростомы являются невозможность энтерального кормления, необходимость проведения нити для бужирования при рубцовых протяжённых стенозах пищевода, выполнение колоэзофагопластики.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр.

10. Изображение 1



Изображение 1

9. Вопрос

На данной рентгенограмме (Изображение 1) представлено следующее осложнение бужирования пищевода, являющееся

1. пневмонией
2. медиастинитом
3. массивной аспирацией

4. перфорацией

Правильный ответ: перфорацией

Перфорация пищевода: имеется затек контрастного вещества. Перфорация пищевода-самое опасное осложнение при проведении бужирования пищевода.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

3. Вариатив

10. Вопрос

Наиболее тяжелые ожоги пищевода вызывают

1. йод
2. кислоты

3. щелочи

4. кристаллическая марганцовка

Правильный ответ: щелочи

По механизму поражающего действия щелочи вызывают наиболее тяжелые ожоги пищевода с формированием грубых протяженных рубцовых стенозов.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

11. Вопрос

Наиболее тяжелый ожог гортани и глотки вызывается

1. уксусной эссенцией
2. щелочью
3. йодом

4. кристаллической марганцовкой

Правильный ответ: кристаллической марганцовкой

Кристаллы перманганата калия после соприкосновения со слизистой оболочкой гортаноглотки полностью растворяются, оказывая местное прижигающее действие.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.

12. Вопрос

Наиболее опасным осложнением при отравлении щелочами является

1. желудочно-кишечное кровотечение
2. перфорация пищевода
3. острая сердечная недостаточность
4. развитие почечно-печеночной недостаточности

Правильный ответ: перфорация пищевода

Щелочи быстро и глубоко проникают в ткани, при взаимодействии с тканевыми белками образуют мягкий и рыхлый струп (колликвационный некроз), тем самым вызывая глубокой поражение в плоть до трансмурального некроза стенки и перфорации.

Детская хирургия. Учебник под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. 2014 год, глава 4 – пороки развития и заболевания органов грудной полости, раздел 4.9.5 – химические ожоги пищевода, стр. 233-238.