

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

**«Волгоградский государственный медицинский университет»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Директор института НМФО

Н.И.Свиридова

« 29 » августа 2023 г.

---

## РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Наименование дисциплины: **Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс.**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.16 Детская хирургия**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский хирург**

Кафедра: **Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2020, 2021, 2022, 2023 года поступления (актуализированная версия)

Семинары с ДОТ: 48 часов

Самостоятельная работа: 24 часа

Всего: **2 ЗЕ / 72 часа**

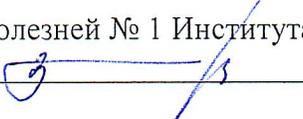
Волгоград, 2023

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	В.А.Гольбрайх	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	кафедра госпитальной хирургии
2.	И.С.Попова	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	кафедра хирургических болезней № 1 ИНМФО
3.	В.В.Матюхин	Доцент кафедры	к.м.н	кафедра госпитальной хирургии
4.	А.В.Шаталов	Профессор кафедры	д.м.н./доцент	кафедра факультетской хирургии
5.	Перепелкин А.И.	Профессор кафедры	д.м.н./профессор	кафедра хирургических болезней № 1 ИНМФО

Рабочая программа дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» относится к блоку факультативов ФТД вариативной части ОПОП – ФТД.3.

**Рабочая программа актуализирована** на заседании кафедры протокол № 1 от «28» августа 2023 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,  
д.м.н., доцент  Ю.И. Веденин

**Рецензент:** Главный внештатный детский специалист хирург комитета здравоохранения Волгоградской области, к.м.н. Копань Глеб Анатольевич

**Актуализированная рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики



М.Л. Науменко

**Актуализированная рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО, протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь  
Ученого совета



В.Д.Заклякова

## Содержание

	Пояснительная записка
1	Цель и задачи дисциплины
2	Результаты обучения
3	Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы
4	Общая трудоемкость дисциплины
5	Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.
6	Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций
7	Содержание дисциплины
8	Образовательные технологии
9	Оценка качества освоения программы
10	Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины
11	Материально-техническое обеспечение дисциплины
12	Приложения
12.1	Фонд оценочных средств по дисциплине
12.2	Методические рекомендации к самостоятельной работе для ординаторов по факультативной дисциплине
12.3	Методические рекомендации преподавателю по дисциплине
12.4	Справка о кадровом обеспечении рабочей программы по дисциплине
12.5	Справка о материально-техническом обеспечении реализации рабочей программы по дисциплине
12.6	Перечень станций объективного структурированного клинического экзамена
12.7	Актуализация программы

## **Пояснительная записка**

Рабочая программа «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс», разработанная в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.16 «Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)», утвержденным приказом Министерства образования и науки РФ № 1085 от «25» августа 2014 г. (зарегистрирован в Минюсте РФ № 34482 от «28» октября 2014 г.), является нормативно - методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения по дисциплине (факультатив) «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» в послевузовском профессиональном образовании врачей.

**1. Цель и задачи дисциплины (факультатив) «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс».**

**Целью** освоения дисциплины (факультатив) «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» является формирование компетенций выпускника по направлению подготовки 31.08.16 Детская хирургия, обеспечивающих его готовность и способность к охране здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной хирургической помощи в соответствии с установленными профессиональными компетенциями и трудовыми функциями.

**Задачи дисциплины (факультатив) «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс»:**

1. Приобретение углубленных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи, обладающего клиническим мышлением, в соответствии с трудовыми функциями врача-детского хирурга.

2. Овладение навыками самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, оказания медицинской помощи в полном

объёме, в том числе при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

## **2. Результаты обучения**

В результате освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» обучающийся должен сформировать следующие компетенции:

### **универсальные компетенции (УК)**

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

### **профессиональные компетенции (ПК):**

#### диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК- 5);

#### лечебная деятельность:

- готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в детской хирургической помощи (ПК-6);

Итог освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» - подготовить ординатора к успешной сдаче II этапа первичной специализированной аккредитации (ПСА) – практические навыки (умения).

**Характеристика обязательного порогового уровня освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс».**

В результате освоения дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» ординатор должен овладеть

**- следующими навыками:**

- назначение и проведение лечения детей с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности

- получение информации от пациентов (и их законных представителей.)

- оказание медицинской помощи в неотложной и экстренной формах.

**- необходимыми умениями:**

- методикой сбора и анализа жалоб, анамнеза (ПК1);
- методами объективного обследования больного в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, с целью выявления характерных признаков хирургических заболеваний, особенно в случаях, требующих неотложной помощи и интенсивной терапии (ПК1, ПК5);
- методами оценки тяжести состояния больного, определять объем и последовательность необходимых мероприятий для оказания помощи (ПК1, ПК6);
- методикой правильной формулировки установленного диагноза с учетом международной классификации болезней, проведения дополнительного обследования и назначения адекватного лечения;
- навыками оформления первичной и текущей документации и оценки эффективности диспансерного наблюдения;
- методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при острых и неотложных состояниях (инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», гипогликемическая и диабетическая кома, клиническая смерть и др.).

**- необходимыми знаниями:**

- стандарты медицинской помощи по заболеваниям;
- клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детскому и взрослому населению;
- порядки оказания медицинской помощи при неотложных состояниях;

- методика выполнения реанимационных мероприятий;
- принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**3. Место раздела дисциплины в структуре основной образовательной программы:** дисциплина «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» относится к блоку факультативов ФТД вариативной части ОПОП - ФТД.2.

**4.Общая трудоемкость дисциплины** составляет 2 зачетные единицы, 72 академических часа (48 академических часов аудиторной, 24 часа самостоятельной работы).

**5. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.**

Вид учебной работы		Всего часов	Распределение часов	
			1 год обучения	2 год обучения
Контактная работа ординатора с преподавателем		48	-	48
Семинары		48	-	48
Самостоятельная работа (всего)		24	-	24
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)		Зачет		Зачет
Общая трудоемкость	<b>ИТОГО часов</b>	<b>72</b>		72
	<b>Зачетных единиц</b>	<b>2 З.Е.</b>		2 З.Е.

**6.Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций.**

### Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций.

	Наименование разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа студента	Эк за мен	Ито го ча- сов	Формируемые компетенции по ФГОС												Используй- мые образова- тельные техноло- гии, спосо- бы и методы обучения	Текущий и ру- бежный контроль успеваемости								
		лекции	семинары					УК			ПК										Фор- мы кон- троля	Рубеж- ный кон- троль							
								1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10	11	12	Экзамен	Зачет	Зачет с оценкой		
ФТД. 2	<i>Симуляционный курс ПСА</i>		48	48	24	+	72	+																СК, Тр	Т, С, ПН		+		
ФТД. 2.1	Раздел 1 « Сердечно- легочная реанимация ребенка от 1 года до 8 лет»		12	12	12		24	+																	СК, Тр	Т, С, ПН			
ФТД. 2.2	Раздел 2 « Сбор жалоб и анамнеза»		6	6			6	+																	СК, Тр	Т, С, ПН			
ФТД 2.3	Раздел 3.. «Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)»		6	6			6	+																	СК, Тр	Т, С, ПН			
ФТД. 2.4	Раздел 4 « Оказание хи- рургической помощи при ургентных состояниях»		12	12	6		18	+																	СК, Тр	Т, С, ПН			



## 7. Содержание дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс»

### ФТД.2.1 «Сердечно-легочная реанимация ребенка от 1 года до 8 лет»

<b>Цель:</b>	Развитие общепрофессиональных практических умений и навыков и формирование профессиональных компетенций ординатора. <b>Трудовая функция:</b> Трудовые функции: А/08.8, В/04.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с профессиональными стандартами специальностей по приказу Минздрава России от 07.10.2015 №700н (ред. от 11.10.2016) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
<b>Задачи:</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения на своем рабочем месте оказывать помощь ребенку от 1 года до 8 лет без признаков жизни, выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации (далее СЛР), в том числе с использованием автоматического наружного дефибриллятора (далее АНД), находящегося в доступности
<b>Объем в часах</b>	24 ч
<b>Содержание:</b>	1. Остановка кровообращения у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме. АНД нет в наличии. 2. Остановка кровообращения с ритмом, подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД с детскими электродами. 3. Остановка кровообращения с ритмом, не подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД с детскими электродами 4. Остановка кровообращения у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии неисправного АНД. 5. Остановка кровообращения с ритмом, подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД без детских электродов. 6. Остановка кровообращения с ритмом, не подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД без детских электродов
<b>Материально-техническое оснащение</b>	Манекен ребенка 6-8 лет с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей в процентах: 1) глубина компрессий; 2) положение рук при компрессиях; 3) высвобождение рук между компрессиями; 4) частота компрессий; 5) дыхательный объем; 6) скорость вдоха. 2. Учебный автоматический наружный дефибриллятор (АНД)

### ФТД.2.2 «Сбор жалоб и анамнеза»

<b>Цель:</b>	Развитие общепрофессиональных практических умений и навыков и формирование профессиональных компетенций ординатора по реаниматологии и интенсивной терапии. <b>Трудовая функция:</b> общение с пациентами при оказании медицинской помощи, в соответствии с профессиональными стандартами специальностей по приказу Минздрава России от 07.10.2015 №700н (ред. от 09.12.2019) «О
--------------	---

	номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
<b>Задачи:</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом навыков профессионального общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза. Основные задачи станции: сбор жалоб и анамнеза у пациента (его законного представителя), анализ полученной информации, формулирование клинических выводов эксперту-члену аккредитационной подкомиссии.
<b>Объем в часах</b>	6 ч
<b>Содержание:</b>	1. Станция разработана для оценки профессиональных навыков общения аккредитуемого с лицом, исполняющим роль пациента. Станция включает оценку навыков общения в ситуации расспроса пациента в части сбора жалоб и анамнеза. Станция не включает оценку навыков проведения «трудных» консультаций с конфликтными, замкнутыми, некомплаентными и др. пациентами, а также с пациентами, испытывающими состояние тревоги, страха, связанными, например, с ожиданием «плохих новостей» о состоянии своего здоровья.
<b>Материально-техническое оснащение</b>	1. Станция имитирует рабочее помещение и включает оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):. Стол рабочий 1 шт. 2. Стулья (для врача, пациента и места, куда можно положить вещи пациента) 3 шт. 3. Пеленальный стол (для кабинета педиатра) 1 шт.

### **ФТД.2.3 «Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)»**

<b>Цель:</b>	Развитие общепрофессиональных практических умений и навыков и формирование профессиональных компетенций ординатора. <b>Трудовая функция:</b> Трудовые функции: А/01.8, В/01.8 Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года N 134н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач -детский хирург" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 05 апреля 2018 года, регистрационный N 50631).
<b>Задачи:</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта пациента с целью выявления хирургических заболеваний и установления диагноза
<b>Объем в часах</b>	6 ч
<b>Содержание:</b>	Ситуация (сценарий) 1. Норма 2. Аппендицит 3. Объемное образование 4. Асцит
<b>Материально-техническое оснащение</b>	Манекен-торс для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости Возможность обеспечения: пальпации, перкуссии, аускультации живота, дифференцирования нормального и патологического состояний органов брюшной полости. Возможность выявления опухолевидных образований и асцита.

### **ФТД.2.4 «Оказание хирургической помощи при urgentных состояниях:»**

<b>Цель:</b>	Развитие общепрофессиональных практических умений и навыков и фор-
--------------	--

	<p>мирование профессиональных компетенций ординатора.</p> <p><b>Трудовая функция:</b> Трудовые функции: А/02.8, В/02.8 Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года N 134н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач – детский хирург" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 05 апреля 2018 года, регистрационный N 50631). Трудовая функция: В 02.8 Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности</p>
<b>Задачи:</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить пункцию плевральной полости у ребёнка.
<b>Объем в часах</b>	18 ч
<b>Содержание:</b>	1. Пункция плевральной полости
<b>Материально-техническое оснащение</b>	<p>Тренажер для плевральной пункции должен обладать следующими характеристиками.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тренажер должен представлять анатомическую модель верхней части торса человека, лежащего на спине.</li> <li>• Тренажер должен иметь систему анатомических ориентиров (ключицы, грудина с яремной вырезкой и мечевидным отростком, 1-3 ребра и соответствующие межреберные промежутки, мышечный слой).</li> <li>• Ткани грудной стенки должны быть реалистичны по своим тактильным и механическим свойствам.</li> <li>• Левая и/или правая половина модели по срединно-ключичной линии должны содержать встроенный раздуваемый мешок и съемную вставку над ней для выполнения пункционной декомпрессии.</li> <li>• Давление для имитации напряженного пневмоторакса должно создаваться механически с помощью ручной груши или ножного насоса.</li> <li>• В комплекте должны быть несколько сменных вставок, имитирующие по механическим свойствам кожу и мышечный слой.</li> </ul> <p>Перечень расходных материалов Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Нестерильные перчатки разных размеров 1 пара</li> <li>2 Пеленка стерильная одноразовая 1 шт.</li> <li>3 Пеленка стерильная одноразовая с отверстием 10*10 см 1 шт.</li> <li>4 Пункционная игла (G15) 1,8 x 80 мм 1 шт.</li> <li>5 Удлинитель 1 шт.</li> <li>6 Шприц 50 мл с креплением типа Луер Лок (Luer Lock) 1 шт.</li> <li>7 Зажим 1 шт.</li> <li>8 Марлевые салфетки в стерильной упаковке 1 уп.</li> <li>9 Самоклеящаяся пластырная повязка 7*6 см стерильная</li> </ol>

#### **ФТД.2.5 «Хирургический практикум»**

<b>Цель:</b>	<p>Развитие общепрофессиональных практических умений и навыков и формирование профессиональных компетенций ординатора.</p> <p><b>Трудовые функции:</b> А/02.8, В/02.8 Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности. Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 года N 134н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач – детский хирург" (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 05 ап-</p>
--------------	--

	реля 2018 года, регистрационный N 50631).
<b>Задачи:</b>	Демонстрация аккредитуемым умения накладывать кожный и подкожный швы.
<b>Объем в часах</b>	18 ч
<b>Содержание:</b>	1 Ситуация (сценарий) 1. Инфильтрационная анестезия (мягких тканей в месте операционного доступа) с дальнейшим наложением кожного шва 2. Инфильтрационная анестезия (мягких тканей в месте операционного доступа) с дальнейшим наложением подкожного шва
<b>Материально-техническое оснащение</b>	Симулятор кожи со следующими техническими характеристиками: возможностью крепления к поверхности стола, наглядной дифференцировкой слоев кожи (эпидермис, дерма, подкожно-жировая клетчатка), тактильной имитацией кожи, продольным кожным дефектом длиной 4 см, наличием диастаза краев раны 10 мм. Иглодержатель Гегара 1 шт. 2 Пинцет хирургический 1 шт. 3 Ножницы Купера 1 шт. 4 Контейнер для сбора отходов класса А 1 шт. 5 Контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. 6 Непрокальываемый контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. 7 Лоток Стерильные перчатки разных размеров 1 пара 2 Шовный материал: монофиламентный синтетический нерассасывающийся полипропилен (например, Пролен) 2/0-3/0 45 см на атравматической колющей игле 19, ½ ИЛИ монофиламентный синтетический рассасывающийся 3/0 45 см на атравматической колющей игле 19, ½

8. **Учебные занятия по дисциплине «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации»** проводятся в форме контактной работы ординатора с преподавателем и в форме самостоятельной работы ординатора.

**Контактная работа ординаторов с преподавателем** включает в себя семинарские занятия (СЗ), групповые консультации, а также аттестационные испытания промежуточной аттестации.

**Семинарские занятия (СЗ)** - учебные занятия, направленные на демонстрацию преподавателем отдельных практических навыков и отработку навыков ординаторами в имитационной деятельности, проведение текущего контроля:

- семинар с использованием **фантомов, тренажеров и манекенов** – в ходе занятия преподаватель проводит демонстрацию и контроль освоения практических навыков и умений (Тр.)

- семинар с **собеседованием по контрольным вопросам** по теме занятия (СК).

**Самостоятельная работа** (СР) ординаторов предназначена для самостоятельного изучения материала по дисциплине «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» изучение руководства по специальности, клинических протоколов, рекомендаций, чек - листов.

## **9. Оценка качества освоения программы**

Оценка качества освоения программы «Симуляционный курс первичной специализированной аккредитации» обучающимися включает текущий контроль успеваемости и промежуточную аттестацию.

1. Текущий контроль успеваемости - контроль знаний обучающихся в процессе освоения дисциплины.

Формы текущего контроля успеваемости:

- **собеседование по контрольным вопросам (С)** – средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с ординаторами по контрольным вопросам темы занятия и рассчитанное на выяснение объема знаний ординатора по определенному разделу, проблеме;
- **тестирование (Т)** - система стандартизированных заданий, позволяющих автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений ординатора;
- **практические навыки и умения (ПН)** – средство контроля, организованное таким образом, чтобы ординатор мог продемонстрировать отдельные практические навыки на фантомах, тренажерах и манекенах,

2. Промежуточная аттестация ординаторов в виде двухэтапного зачета:

- контроль практических умений и навыков на фантомах, тренажерах и манекенах (**ПН**);
- контроль знаний - **собеседование по контрольным вопросам (С)**, решение ситуационных задач (кейс - заданий) (**ЗС**) в реальном режиме с применением мануальных навыков.

## 10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

### Основная литература:

1. Алгоритмы выполнения практических навыков врача : учебное пособие / И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П. Матвеева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6341-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463413.html><sup>1</sup>
2. Анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс]: практическое руководство / под ред. чл.-корр. РАМН проф. Б.Р. Гельфанда. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Литтерра, 2012. – 640 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423500467.html>
3. Медицинские манипуляции [Электронный ресурс] /Марк Стоунхэм, Джон Вэстбрук. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011 – 152 с. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/IGTR0001.html>
4. Практические умения для выпускника медицинского вуза [Электронный ресурс] /Булатов С.А., Анисимов О.Г., Абдулганиева Д.И. [и др.]; под ред С.А. Булатова. - Казань: Казанский ГМУ. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/skills-3.html>

---

<sup>1</sup> Протокол дополнений и изменений к рабочей программе блока факультативов ФТД вариативной части ОПОП – ФТД.2.«Симуляционный курс ПСА» по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» на 2023-2024 учебный год, утвержден на заседании кафедры хирургических болезней № 1 Института НМФО № 1 от 28.08.2023.

### Дополнительная литература:

1. Симуляционное обучение по специальности "Лечебное дело" / сост. М. Д. Горшков ; ред. А. А. Свистунов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-3246-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432464.html>
2. Анестезиология и реаниматология [Электронный ресурс]: учебник /Под ред. О.А. Долиной - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 576 с.: ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970410332.html>
3. Критические состояния в медицине, общие мероприятия неотложной помощи [Текст]: метод. указания к практ. занятиям для врачей послевуз. проф. подготовки /А.В. Запорощенко [и др.]; Минздравсоцразвития РФ, ВолгГМУ. - Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. - 48 с.
4. Руководство по скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] /под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 816 с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417331.html>
5. Симуляционное обучение по специальности"Лечебное дело" [Электронный ресурс] / сост. М. Д. Горшков ; ред. А. А. Свистунов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432464.html>

6. Скорая медицинская помощь [Текст]: краткое рук. для врачей, оказывающих первич. мед. - сан. помощь: [учеб. пособие для системы ППО врачей] / под ред.: А. Г. Мирошниченко, В. В. Руксина, В. М. Шайтор. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 320 с. - (Национальный проект "Здоровье").

### **Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:**

Электронные ресурсы: базы данных, информационно-справочные и поисковые системы - Интернет ресурсы, отвечающие тематике дисциплины, в том числе:

Ссылка на информационный ресурс	Доступность
<a href="http://lib.volgmed.ru">http://lib.volgmed.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://elibrary.ru">http://elibrary.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.scopus.com">http://www.scopus.com</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.studentlibrary.ru">http://www.studentlibrary.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://e.lanbook.com">http://e.lanbook.com</a>	Свободный доступ
<a href="http://med-lib.ru">http://med-lib.ru</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.medscape.com">http://www.medscape.com</a>	Свободный доступ
<a href="http://www.emedicine.com">www.emedicine.com</a>	Свободный доступ

### **11. Материально-техническое обеспечение дисциплины.**

**Обеспечение образовательного процесса оборудованными учебными кабинетами и объектами для проведения семинарских занятий по образовательной программе послевузовского профессионального образования.**

Образовательное учреждение располагает материально-технической базой, соответствующей действующим санитарным и противопожарным правилам, и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебным планом образовательной программы.

Учебный процесс обеспечен специальными помещениями, представляющими собой учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду вуза.

## 12. Приложения

### 12.1 ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный цикл»

Формы текущего контроля успеваемости: оценка уровня сформированности компетенций осуществляется на семинарских занятиях по результатам тестирования, демонстрации ординаторами практических навыков (умений). Оценка самостоятельной работы ординатора проводится по докладам, с которыми ординаторы выступают перед группой. Результаты выше обозначенных форм текущего контроля успеваемости отражаются в журнале академической успеваемости.

**Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы.**

Примеры типовых тестовых заданий для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенции

#### **Тесты для ординаторов по детской хирургии**

1. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются:  
**увеличение кадрового потенциала;**  
недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи;  
развитие многоканальности финансирования;  
сохранение общественного сектора здравоохранения;  
формирование правовой базы реформ отрасли.
2. Не являются основными источниками информации о здоровье:  
**данные страховых компаний;**  
официальная информация о смертности населения;  
эпидемиологическая информация;  
данные мониторинга окружающей среды и здоровья;  
регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.

3. Основным показателем естественного движения населения являются:
- рождаемость, смертность;**
  - смертность, заболеваемость;
  - инвалидность, смертность;
  - инвалидность, заболеваемость;
  - заболеваемость и рождаемость.
4. Международная классификация болезней - это:
- система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями;**
  - перечень наименований болезней в определенном порядке;
  - перечень диагнозов в определенном порядке;
  - перечень симптомов, синдромов и остальных состояний, расположенных по определенному принципу;
  - перечень наименований болезней, диагнозов и синдромом, расположенных в определенном порядке.
5. Укажите специалистов, имеющих право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:
- врач приемного покоя больницы;**
  - врач станции скорой помощи;
  - врач станции переливания крови;
  - врач бальнеолечебницы;
  - судебно-медицинский эксперт.
6. До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности лечащий врач?
- до 30 дней;**
  - до 10 дней;
  - до 45 дней;
  - до 60 дней;
  - до 75 дней.
7. Основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования не является:
- объем финансовых средств;**
  - базовая программа ОМС;
  - численность и состав населения территории;
  - перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС;
  - показатели объема медицинской помощи населению.
8. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается:

**если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;**

Если пациент не достиг 15 лет;

В возрасте от 15 до 18 лет при отказе от медицинского вмешательства, недееспособные граждане;

В возрасте до 15 лет и во всех случаях, когда невозможно получить согласие пациента, недееспособные граждане;

В случае отсутствия возможности своевременно оформить документы.

9. Право сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) администрации не дают следующие нарушения трудовой дисциплины работником:

**систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей;**

прогул (в том числе отсутствие на работе более 3-х часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин;

появление на работе в нетрезвом состоянии;

совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности;

однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями.

10. Право граждан на оказание экстренной медицинской помощи регламентировано:

**Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.**

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии полиса ОМС.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается иностранным гражданам.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается жителям других регионов, за исключением детей.

Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании допускается при отсутствии возможности получить информирование согласие пациента или его законного представителя

11. При травме костей свода черепа у детей младшего возраста характерными для костей признаками являются:  
**отсутствие четкой границы между наружной и внутренней пластинками кости;**  
четкая граница между наружной и внутренней пластинками кости;  
внутренняя пластинка кости при травме отслаивается;  
внутренняя пластинка кости при травме не отслаивается;  
правильные ответы А) и Г).
12. Для третьего клетчаточного пространства височной области, содержащего у новорожденных большое количество жировой клетчатки, характерно:  
**сообщение с жировой клетчаткой шейной области;**  
**расположение между височным апоневрозом и височной мышцей;**  
отсутствие связи с другими клеточными пространствами;  
расположение под височной мышцей.
13. При костно-пластической трепанации черепа с целью перевязки средней оболочечной артерии границы кожного разреза по направлению спереди кверху и назад проецируются:  
**на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — основание сосцевидного отростка;**  
на скуловой отросток лобной кости — чешую височной кости — наружный затылочный бугор;  
на скуловой отросток лобной кости — теменной бугор — наружный затылочный бугор;  
на лобный бугор — теменной бугор — основание сосцевидного отростка.
14. Во время операции удаления бокового свища (кисты) шеи в операционной ране к средней трети свища прилежит:  
**сосудисто-нервный пучок шеи;**  
гортань и трахея;  
грудной проток;  
шейная часть симпатического ствола;
15. Границей между внутренним и наружным треугольниками шеи является:  
**грудинно-ключично-сосцевидная мышца;**

двубрюшная мышца;  
лопаточно-подъязычная мышца;  
грудино-щитовидная мышца;

16. Воспалительный процесс при мастоидитах, распространяющийся вдоль грудино-ключично-сосцевидной мышцы, соответствует топографии:

**II шейной фасции;**

I шейной фасции;

III шейной фасции;

IV шейной фасции;

V шейной фасции.

17. К нижним отделам шейной части трахеи у детей не прилегают следующие перечисленные сосуды:

**непарной вены;**

левой плечеголовной вены;

плечеголовного ствола;

дуги аорты;

18. Для шейного отдела пищевода не характерны признаки:

**пищевод отклоняется на шее вправо;**

сужение в месте перехода глотки в пищевод;

уровень верхнего сужения пищевода соответствует перстневидному хрящу;

к передней поверхности пищевода прилежит перепончатая часть трахеи;

пищевод отклоняется на шее влево.

19. С целью предупреждения воспалительных процессов в подсвязочном пространстве у детей рационально выполнять:

**нижнюю трахеостомию;**

верхнюю трахеостомию;

среднюю трахеостомию;

коникотомию;

любую из перечисленных операций.

20. Для доступа к шейному отделу пищевода не характерны следующие основные этапы:

**общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнаружи;**

линия кожного разреза проводится в нижней половине вдоль переднего края левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

общая сонная артерия, внутренняя яремная вена и блуждающий нерв отводятся кнутри;

в глубине операционной раны ориентируются на переднюю поверхность позвоночника и трахею.

21. Чаще всего терминальный отдел грудного протока впадает в заднюю поверхность:

**левого венозного угла;**

правого венозного угла;

левой внутренней яремной вены;

левой подключичной вены;

любой из перечисленных вариантов.

22. При дренировании глубокой флегмоны (аденофлегмоны) шеи проекционная линия кожного разреза соответствует доступу:

**по срединной линии шеи;**

к сосудисто-нервному пучку шеи;

по заднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы;

к подключичной артерии;

кожной складке.

23. При вагосимпатической блокаде инъекционная игла проводится:

**А) кзади от сосудисто-нервного пучка шеи;**

кпереди от сосудисто-нервного пучка шеи;

по латеральному краю сосудисто-нервного пучка шеи;

по медиальному краю сосудисто-нервного пучка шеи;

существенного значения не имеет

24. Гнойно-воспалительный процесс из задней предлопаточной щели распространяется:

**в подмышечную впадину;**

в надостное пространство;

в заднюю срединную область груди;

в поддельтовидное пространство;

в переднюю предлопаточную щель.

25. Из перечисленных врожденных пороков легких чаще всего встречается:  
**поликистоз легких;**  
гипоплазия легких;  
добавочные доли легкого  
слияние легочных долей;  
легочная секвестрация.
26. Расширение бронхов при вдохе обусловлено под влиянием:  
**симпатических нервов;**  
возвратных нервов;  
парасимпатических нервов;  
межреберных нервов;  
диафрагмальных нервов.
27. Бифуркация трахеи у детей проецируется по отношению к передней стенке груди:  
**на уровне II ребра;**  
на уровне I ребра;  
на уровне III ребра;  
между II и III ребрами;  
между III и IV ребрами.
28. Из долевого бронхов наиболее крупными являются:  
**нижнедолевой справа;**  
верхнедолевой слева;  
верхнедолевой справа;  
среднедолевой справа;  
нижнедолевой слева.
29. Из перечисленных анатомических образований прилежат к пищеводу спереди непосредственно под бифуркацией трахеи:  
**перикард и левое предсердие;**  
легочная артерия;  
легочные вены;

перикард и правое предсердие;  
аорта.

30. Из дивертикулов пищевода наиболее часто встречаются:

**бифуркационные;**  
глоточно-пищеводные;  
эпифренальные;  
абдоминального отдела пищевода;  
все перечисленное одинаково часто.

31. Наиболее частые причины ранения непарной вены во время операции на легких возникают:

**при выделении легкого из плоских сращений;**  
при обработке корня легкого;  
при выделении задней стенки перикарда;  
при остановке кровотечения;  
при выделении сосудов корня легкого.

32. В средостении имеется:

**три сердечно-перикардальные щели;**  
две сердечно-перикардальные щели;  
четыре сердечно-перикардальные щели;  
пять сердечно-перикардальные щели;  
не существует их.

33. Для пункции перикарда наиболее предпочтительным является способ:

**Ларрея;**  
Н.И.Пирогова;  
Куршмана;  
Марфана;  
Б.М. Шапошникова.

34. Оперативный доступ к средней трети грудного отдела пищевода технически проще:

**с правой стороны;**

с левой стороны;  
сзади;  
спереди;  
трансабдоминально.

35. Пищевод в своей нижней трети грудного отдела по отношению к аорте:  
**спереди и слева от аорты;**  
расположен слева от аорты;  
лежит справа от аорты;  
сзади и справа от аорты;  
сзади и слева от аорты.

36. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:

**стоя;**  
лежа на спине;  
лежа на животе;  
в положении Тренделенбурга;  
на «горке».

37. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:

**газовому пузырю желудка;**  
наклейке на рентгенограмме;  
букве «Л» или «П», поставленной рентгенологом;  
тени средостения;  
высоте куполов диафрагмы.

38. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

**артрезии пищевода (безсвищевая форма);**  
артрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;  
халазии кардии;  
врожденным коротким пищеводом;  
грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

39. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:

**при бронхоэктазии;**  
при врожденной лобарной эмфиземе;  
при легочной секвестрации;

при кисте легкого;  
при опухоли легкого.

40. Бронхография противопоказана:

**при врожденной лобарной эмфиземе;**  
при опухоли легкого;  
при легочной секвестрации;  
при кисте легкого;  
при бронхоэктазии.

41. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:

**интубационный наркоз с применением миорелаксантов;**  
интубационный наркоз без миорелаксантов;  
местная анестезия;  
применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи;  
применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи.

42. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:

**введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем;**  
«слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией;  
введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана;  
введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана;  
введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля.

43. Диагностический пневмоторакс показан:

**при кистозной гипоплазии.**  
при гематоме легкого;  
при легочной севестрации;  
при лобарной эмфиземе;  
при опухоли средостения;

44. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

**области кардии;**  
1-го физиологического сужения;  
2-го физиологического сужения;  
между 1-м и 2-м физиологическими сужениями;  
между 2-м физиологическим сужением и кардией.

45. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

**при агенезии легкого;**  
при бронхоэктазии;  
при туберкулезе;  
при абсцессе легкого;  
при легочной секвестрации.

46. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

**киста легкого;**  
спонтанный пневмоторакс;  
легочная секвестрация;  
опухоль легкого;  
опухоль средостения.

47. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

**ранение легкого инструментами;**  
синдром напряжения в грудной полости;  
отек легкого;  
легочно-сердечная недостаточность;  
все перечисленные.

48. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

**пноторакс**  
пиопневмоторакс  
ателектаз  
буллезная форма легочной деструкции  
пневмоторакс

49. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

**вертикальное;**  
лежа;  
на правом боку;  
на левом боку;  
любое из предложенных.

50. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

**множественные мелкие уровни;**  
единичные широкие уровни;  
большой газовый пузырь желудка;  
наличие большого количества жидкости в брюшной полости;  
свободный газ в брюшной полости.

51. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- единичные широкие уровни;**
- множественные мелкие уровни;
- большой газовый пузырь желудка;
- наличие большого количества жидкости в брюшной полости;
- свободный газ в брюшной полости.

52. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- в зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий;**
- каждый час;
- через каждые 3 часа;
- через 3, 6, 12 часов;
- через 12, 24 часа.

53. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- два — прямой и боковой;**
- один прямой снимок;
- один боковой снимок;
- два — прямой и косой;
- три — прямой, боковой и косой.

54. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;**
- один — после расправления инвагината;
- два — при обнаружении инвагината и после его расправления;
- четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления;
- рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.

55. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:

- водорастворимый контраст;**
- воздух;
- йодолипол;
- раствор бариевой взвеси;

любое из предложенных.

56. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:

**ректо-сигмоидита;**  
абсцесса Дугласова пространства;  
кисты яичника;  
инородного тела прямой кишки;  
полипа прямой кишки.

57. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:

**область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы;**  
средняя линия выше пупка;  
край правого подреберья;  
уровень пупка;  
внутри от переднего отдела правой подвздошной кости.

58. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:

**атрезии пищевода;**  
халазии кардии;  
ахалазии кардии;  
врождённом трахео-пищеводном свище;  
врождённом коротком пищеводе.

59. Эзофагоскопия не обязательна при:

атрезии пищевода;  
ахалазии пищевода;  
врождённом стенозе пищевода;  
ожоге пищевода;  
халазии кардии.

60. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:

**оценка степени цианоза и одышки;**  
осмотр грудной клетки;  
аускультация лёгких;  
перкуссия грудной клетки;  
число дыхательных движений в минуту.

61. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:

**нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;**  
нарушением обратного развития зобно-глоточного протока;

незаращением остатков жаберных дуг;  
хромосомными абберациями;  
эктопией эпителия дна полости рта.

62. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:

**смещаемость кисты при глотании;**  
боли при глотании;  
расположение над яремной ямкой;  
плотная консистенция;  
периодическое исчезновение.

63. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:

**фистулография;**  
обзорная рентгенография;  
ультразвуковое исследование;  
зондирование свища;  
компьютерная томография.

64. Для лимфангиомы в области шеи характерны:

**срединное расположение;**  
размеры 1-2 см;  
плотный тяж, идущий к подъязычной кости;  
истонченная кожа над образованием;  
смещаемость при глотании.

65. Для шейного лимфаденита характерны:

**отсутствие боли при пальпации;**  
смещаемость при глотании;  
срединное расположение;  
мягкая консистенция;  
наличие входных ворот инфекции и болезненность.

66. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:

**врожденной мышечной кривошеей;**  
липомой;  
флебэктазией яремной вены;  
дермоидной кистой;  
лимфаденитом.

67. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:

**3-5 лет;**  
от 6 мес до 1 года;  
1-2 года;

5-10 лет;  
старше 10 лет.

68. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:

**резекция подъязычной кости.**  
выделение свища до поверхностной фасции;  
ушивание свищевого отверстия после санации;  
перевязка наружной яремной вены;  
обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;

69. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:

**рецидив свища;**  
кровотечение;  
расхождение швов;  
нарушение акта глотания;  
гиперсаливация.

70. Для боковых кист шеи характерны:

**расположение по внутреннему краю кивательной мышцы**  
болезненность при пальпации;  
истончение кожи над образованием;  
расположение над яремной веной;  
плотная консистенция.

71. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:

**фистулография;**  
обзорная рентгенография;  
ультразвуковое исследование;  
венография;  
компьютерная томография.

72. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:

**периоститом нижней челюсти;**  
лимфангиомой;  
лимфаденитом;  
флебэктазией яремной вены;  
дермоидной кистой.

73. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:

**3-5 лет;**  
до 1 года;

до 3 лет;  
5-7 лет;  
старше 10 лет.

74. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:  
**выделение свища до боковой стенки глотки;**  
резекция подъязычной кости;  
перевязка сосудисто-нервного пучка;  
ушивание жаберной щели;  
иссечение свища и ушивание отверстия на коже.
75. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:  
**физиотерапия;**  
инфузионная терапия;  
фиксация головы;  
исключение питания через рот;  
постельный режим.
76. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:  
**неполным удалением боковых ответвлений свища;**  
нагноением послеоперационной раны;  
расхождение швов;  
недостаточным гемостазом;  
отказом от резекции подъязычной кости.
77. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:  
**нарушение развития мезенхимальной ткани;**  
чрезмерные физические нагрузки;  
повышение внутрибрюшного давления;  
слабость поперечной фасции;  
слабость апоневроза наружной косой мышцы живота.
78. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:  
**эластическое выпячивание в паховой области;**  
тошнота и рвота;  
подъем температуры;  
боли в животе;  
плохой аппетит.
79. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:  
**с водянкой оболочек яичка;**

с орхитом;  
с варикоцеле;  
с перекрутом гидатиды;  
с орхоэпидидимитом.

80. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:

**установление диагноза;**  
частое ущемление;  
возраст после двух лет;  
возраст после 5 лет;  
диаметр выпячивания свыше 3 см.

81. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

**нет правильного ответа;**  
у девочек;  
у мальчиков;  
у грудных детей;  
у больных старше 5 лет.

82. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:

**щадящий режим 2 недели;**  
физиотерапия;  
массаж;  
ограничение физической нагрузки на 1 год;  
постельный режим на 1 неделю.

83. Осложнения грыжесечения обусловлены:

**техническими погрешностями;**  
возрастом ребенка;  
степенью диспластических изменений;  
сопутствующими пороками;  
операцией по экстренным показаниям.

84. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

**токсикозом 1 половины беременности;**  
особенностями вскармливания;  
склонностью к гипертермии;  
травмой ЦНС в анамнезе;  
относительной незрелостью органов и тканей.

85. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

**стафилококк;**

стрептококк;  
кишечная палочка;  
протей;  
синегнойная палочка.

86. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:  
**редко развивается антибиотикорезистентность;**  
высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;  
быстрая адаптация к лекарственным препаратам;  
малая распространенность в окружающей среде;  
стертость клинических проявлений
87. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:  
**сутки;**  
двое суток;  
трое суток;  
четверо суток;  
неделю.
88. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения раневого процесса, протекает в сроки:  
**вторые-четвертые сутки;**  
сутки;  
пятые-шестые сутки;  
седьмые-десятые сутки;  
невозможно определить.
89. Очищение гнойной раны обычно наступает:  
**на четвертые-шестые сутки;**  
на вторые-третьи сутки;  
на седьмые-десятые сутки;  
к концу второй недели;  
спустя две недели.
90. Репарация гнойной раны обычно наступает:  
**на седьмые-десятые сутки;**  
на вторые-третьи сутки;  
на четвертые-шестые сутки;  
к концу второй недели;  
спустя две недели.
91. Для выделяемого при анаэробной газовой инфекции гематоксина не характерны свойства:  
**избирательного поражения мозга;**  
некроза соединительной ткани и мышц;

гемолиза;  
тромбоза сосудов;  
поражения миокарда, печени, почек.

92. В течение инфекционного процесса у детей не является определяющим:  
**в анамнезе натальная травма ЦНС;**  
вирулентность микрофлоры;  
сенсibilизация организма;  
иммунологическая реактивностью организма;  
антибиотикорезистентность возбудителя.

93. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции не являются:

**строгая иммобилизация конечности;**  
лампасные разрезы;  
иссечение пораженных тканей;  
нейтрализация действия циркулирующих токсинов;  
коррекция нарушений гомеостаза.

94. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

**отказ от дренирования раны;**  
ампутация выше визуально определяемой зоны поражения;  
операция без жгута;  
отказ от ушивания культи;  
рассечение фасциальных футляров.

95. К основным источникам госпитальной инфекции не относят:

**посетителей пациента;**  
больных;  
персонал-носитель инфекции;  
раковины отделения;  
растворы, кремы, мази.

96. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:

**борная кислота;**  
раствор фурациллина;  
гипертонический раствор;  
перекись водорода;  
левомеколь.

97. Хирургическая обработка гнойной раны не обеспечивает:

**Д) антибактериальное воздействие;**  
А) ускорению заживления раны;  
Б) снижению интоксикации;

- В) купированию раневой инфекции;
- Г) предупреждению генерализации процесса.

98. Целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны является

- общая анестезия;**
- местная инфильтрационная анестезия;
- местная проводниковая анестезия;
- местно хлорэтил;
- выбор по индивидуальным показаниям.

99. Длительность гигроскопического действия марлевого тампона в гнойной ране составляет:

- 2-3 часа;**
- 4-6 часов;
- 7-9 часов;
- 10-12 часов;
- индивидуально.

100. Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является:

- пассивный отток;**
- активная аспирация;
- капиллярные свойства;
- гигроскопические свойства;
- сочетание свойств.

101. Дренирование гной раны показано в фазе:

- воспаления;**
- индивидуально;
- реорганизации;
- регенерации;
- во всех перечисленных фазах.

102. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- механическое очищение очага;**
- антибактериальное воздействие;
- предупреждение распространения местного процесса;
- предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- противовоспалительный фактор.

103. Наиболее эффективным методов дренирования гной раны является:

- активное дренирование;**
- однопросветная трубка для пассивного оттока;

резиновый выпускник;  
марлевый тампон;  
сигарный дренаж.

104. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

**5-6 день;**  
3-4 день;  
7-10 день;  
10-12 день;  
12-14 дней.

105. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:

**7-10 день;**  
3-4 день;  
5-6 день;  
10-12 день;  
12-14 день.

106. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:

**на 3-4-ю неделю;**  
на 3-4 день;  
на 5-6 день;  
на 2-ю неделю;  
в зависимости от состояния раны.

107. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

**Ускорение сроков смены фаз воспаления;**  
Сокращение сроков заживления;  
Снижение опасности госпитального инфицирования;  
Уменьшение потерь с раневым отделяемым;  
Улучшение косметических результатов.

108. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

**начало репаративной фазы;**  
улучшение самочувствия больного;  
отсутствие температуры;  
нормализация лабораторных показателей;  
купирование перифокального воспаления

109. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

**для фурункула;**  
для карбункула;

для флегмоны;  
для фурункулеза;  
для псевдофурункулеза.

110. У ребенка абсцедирующий фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

**радикальное оперативное лечение;**  
госпитализацию;  
антибиотикотерапию;  
физиотерапию;  
мазевые повязки.

111. Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с:  
**внедрением в практику новых антибактериальных препаратов;**  
изменением сопротивляемости макроорганизма;  
развитием антибиотикорезистентности микрофлоры;  
расширением инвазивных методов диагностики и лечения;  
распространенностью внутригоспитальной инфекции.

112. Понятие хирургический сепсис у детей не определяет:  
**показания к назначению гормональной терапии;**  
общее тяжелое инфекционное состояние;  
наличие местного очага инфекции;  
измененную реактивность организма;  
необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии.

113. Патогенез хирургического сепсиса не определяет:  
**ранее проведенное антибактериальное лечение;**  
возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);  
состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);  
неспецифическая реактивность организма;  
специфическая реактивность организма.

114. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

**аплазия легкого**  
гипоплазия легкого;  
агенезия легкого;

ателектаз;  
буллы.

115. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

**агенезия легкого;**  
гипоплазия легкого;  
аплазия легкого;  
ателектаз;  
кистозная гипоплазия.

116. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевые бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

**гипоплазия легкого;**  
bronхоэктазия;  
агенезия легкого;  
аплазия легкого;  
ателектаз.

117. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

**кистозная гипоплазия;**  
bronхоэктазия;  
агенезия легкого;  
гипоплазия легкого;  
аплазия легкого.

118. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

**лобарная эмфизема;**  
киста легкого;  
напряженный пневмоторакс;  
гипоплазия легкого;  
агенезия легкого.

119. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

**легочная секвестрация;**

киста легкого;

опухоль легкого;

опухоль средостения;

ателектаз.

120. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

**гипоплазия нижней доли;**

бронхоэктазы;

легочная секвестрация;

опухоль средостения;

агенезия легкого.

121. Пищевод Барретта это:

**метаплазия слизистой пищевода;**

рефлюкс-эзофагит;

грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;

аденокарцинома;

пептическая стриктура пищевода.

122. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

**бронхоскопия;**

аортография;

ангиопульмонография;

бронхография;

обзорная рентгенография.

123. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

**бронхоскопия;**

бронхография;

сканирование легкого;

ангиопульмонография;

аортография.

124. Для того, чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:

**бронхография;**  
сканирование легкого;  
бронхоскопию;  
ангиопульмонография;  
аортография.

125. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

**радиоизотопное обследование легких;**  
бронхоскопия;  
бронхография;  
обзорная рентгенография;  
ангиопульмонография.

126. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

**аортография;**  
бронхография;  
бронхоскопия;  
ангиопульмонография;  
сканирование легких.

127. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

**бронхоскопия;**  
сканирование легких;  
аортография;  
бронхография;  
ангиопульмонография.

128. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

**верхняя доля слева;**  
нижняя доля справа;  
нижняя доля слева;  
верхняя доля справа;  
средняя доля правого легкого.

129. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

**нижняя доля правого легкого;**  
средняя доля правого легкого;  
нижняя доля левого легкого;  
верхняя доля левого легкого;  
верхняя доля правого легкого.

130. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- плановую операцию;**
- экстренную операцию;
- срочную операцию;
- консервативную терапию;
- выжидательную тактику.

131. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- экстренную операцию;**
- консервативную терапию;
- бронхоскопическую санацию;
- наблюдение в динамике;
- плановую операцию.

132. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:

- срочную операцию;**
- операцию после предоперационной подготовки;
- консервативную терапию;
- диспансерное наблюдение;
- плановую операцию.

133. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:

- переднебоковая торакотомия;**
- боковая торакотомия;
- передняя торакотомия;
- заднебоковая торакотомия;
- задняя торакотомия.

134. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:

- разделения нижней легочной связки;**
- артерии нижней доли;
- bronха нижней доли;
- нижней легочной вены;
- основного ствола легочной артерии.

135. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:

- обтурационные осложнения;**
- кровотечение;
- массивные продувания воздуха;
- сердечно-легочная недостаточность;

несостоятельность швов.

136. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:

**буллезная форма бактериальной деструкции легких;**

абсцесс легкого;

пневмоторакс;

пиоторакс;

пиопневмоторакс.

137. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:

**абсцесс легкого;**

пиопневмоторакс;

буллезная форма бактериальной деструкции легких;

пиоторакс;

медиастинальная эмфизема.

138. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:

**с плащевидным плевритом;**

с абсцессом легкого;

с тотальной эмпиемы плевры;

с осумкованным плевритом;

с буллезной формой бактериальной деструкции легких.

139. У больного 4 лет установлен диагноз «скрытый половой член». Ребенку показано:

**оперативное лечение при желании родителей;**

наблюдение эндокринолога + гормональная терапия;

показана фаллопластика;

не наблюдать;

смена паспортного пола + феминизирующая пластика.

140. Скрытым половым членом считают:

**половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки;**

половой член с недоразвитыми кавернозными телами;

половой член с гипертрофированной крайней плотью;

половой член малых размеров;

микрофаллус с дисгенезией гонад.

141. Причиной скрытого полового члена считают:  
**дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки;**  
ожирение;  
малые размеры кавернозных тел;  
гипертрофия крайней плоти;  
рубцовый фимоз.
142. Яички начинают вырабатывать андрогены:  
**еще внутриутробно;**  
на первом году жизни;  
в раннем детском возрасте;  
с началом полового созревания;  
в конце пубертатного периода.
143. Наиболее частой причиной синдрома неполной маскулинизации является:  
**5-А-редуктазная недостаточность;**  
недостаточность десмолазы;  
недостаточность 17-, 20-лиазы;  
недостаточность 17-гидроксилазы;  
недостаточность 3-ОН-гидроксилазы.
144. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:  
**тяжелая интоксикация и лихорадка.**  
подострое начало заболевания;  
темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии;  
наличие выпота в оболочках яичка;  
пальпируется болезненное округлое образование на яичке;
145. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:  
**пупочной;**  
пениальной;  
бедренной;  
промежностной;  
перекрестной.
146. При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. В данном случае речь может идти:  
**о синдроме тестикулярной феминизации;**  
об истинном гермафродитизме;  
о смешанной дисгенезии гонад;  
о крипторхизме в сочетании с грыжей и микропенисом;  
о синдроме ХХ-мужчины.

147. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить

**УЗ - исследование;**

пневмопельвиографию;

радиоизотопное сканирование с  $^{90}\text{Tc}$ ;

проба с ХГ;

лапароскопию.

148. При ревизии пахового канала и брюшной полости по поводу абдоминального крипторхизма обнаружен «слепо начинающийся» семявыносящий проток. Органы малого таза сформированы по мужскому типу. В данном случае имеет место:

**атрофия яичка;**

гипотрофия яичка;

агенезия яичка;

монорхизм;

дисгенезия яичка.

149. Положительная проба с ХГ имеет диагностическую ценность в случае:

**двустороннего крипторхизма;**

одностороннего крипторхизма;

ложного крипторхизма;

анорхизма;

монорхизма.

150. После низведения в мошонку яичка, сопровождающегося техническими трудностями, у ребенка отмечено увеличение в размерах и резкая болезненность яичка. Укажите препарат из перечисленных, не оказывающий положительного эффекта:

**преднизолон;**

ацетилсалициловая кислота;

антибиотики;

трентал;

никотиновая кислота.

151. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

**6 мес - 1 год;**

период новорожденности;

2-5 лет;

6-9 лет;

начиная с 10 лет.

152. Гормональное лечение при крипторхизме можно начинать:

- с полугода;**
- с рождения;
- с 2 лет;
- с 5 лет;
- с 12 лет.

153. Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить:

- лечение ХГ;**
- диспансерное наблюдение;
- оперативное лечение;
- снятие с учета;
- регулярный массаж паховой области;

154. Ребёнку с крипторхизмом 5 лет доза хорионического гонадотропина должна составлять:

- 1000 МЕ;**
- 250 МЕ;
- 500 МЕ;
- 1500 МЕ;
- 2000 МЕ.

155. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка Подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. Дифференциальную диагностику следует провести:

- с перекрутом яичка;**
- с ушибом яичка;
- с разрывом яичка;
- с перекрутом подвесок яичка;
- с липонекрозом мошонки.

156. Больной в возрасте 3 лет поступил с диагнозом: правосторонний орхит. Анамнез: заболевание началось накануне с внезапно но шикшей боли в мошонке. При осмотре: выраженный отек и гиперемия мошонки больше справа, яичко на ощупь не изменено, болезненность при пальпации мошонки, температура не повышалась. Дополнительно выявлено, что мальчик страдает экссудативным диатезом. В данном случае наиболее вероятны:

- аллергический отек мошонки;**
- перекрут яичка;
- перекрут подвесок правого яичка;
- ущемленная правосторонняя паховая грыжа;

рожистое воспаление мошонки.

157. При ревизии брюшной полости у ребенка 6 лет в забрюшинной клетчатке под почкой обнаружено яичко размерами 1.2г0.7г0.4 см, без сформированного придатка. Низвести его в мошонку не удастся. В этом случае вашим действием будет:

**вывести над апоневрозом;**  
гонадэктомия;  
оставить на месте;  
вывести в брюшную полость;  
провести биопсию.

158. При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается:

**лечение противопоказано;**  
до операции;  
сразу после операции;  
через 2 месяца после операции;  
до операции и сразу после операции.

159. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:

**лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста;**  
основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;  
крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;  
аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;  
лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста.

160. Показанием для гормональной терапии неопустившегося яичка служит крипторхизм:

**в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче ниже 124 МЕ/л;**  
в форме эктопии;  
в форме ретенции, когда уровень лютеинизирующего гормона в моче выше 124 МЕ/л;  
в форме ретенции у больного с ожирением;  
крипторхизм в сочетании с грыжей.

161. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение:

**безотлагательно;**  
до 6 лет;  
до 10 лет;

до 12 лет;  
до 16 лет.

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

В данном случае следует:

**удалить матку, вывести гонады из брюшной полости;**

оставить все как есть;

удалить гонады;

удалить матку и гонады;

удалить матку, гонады оставить в брюшной полости.

163. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой эктопии. В анамнезе — боль в области задержанного яичка. Ему следует рекомендовать:

**безотлагательное оперативное вмешательство;**

динамическое наблюдение;

гормональную терапию;

оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией;

динамическое наблюдение в течение 2 лет.

164. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:

**короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку;**

длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика;

копчиковая киста;

воронкообразное кожное втяжение;

все перечисленное.

165. Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:

**рентгенофистулография;**

зондирование;

пальцевое ректальное исследование;

ректороманоскопия, колоноскопия;  
весь перечисленный комплекс исследований.

166. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

**на животе;**  
на спине;  
на левом боку;  
на правом боку;  
любое из перечисленных.

167. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

**через 2-3 мес. после стихания острого процесса;**  
по установлению диагноза;  
при обострении процесса;  
после 5-6 лет;  
в любые сроки.

168. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

**пальцевое ректальное исследование;**  
рентгеноконтрастный;  
ректороманоскопия;  
колоноскопия;  
все перечисленное.

169. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

**рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;**  
хирургическое вмешательство по установлению диагноза;  
консервативная терапия, бужирование;  
консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция;  
любой из перечисленных вариантов.

170. Ректовестубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

**в 1.5 года;**  
по установлении диагноза;  
в 3-4 года;  
в 7 лет;  
в более старшем возрасте.

171. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

**в 1.5 года;**  
по установлении диагноза;  
в 3-4 года; Г) в 7 лет;  
в более старшем возрасте.

172. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

**16 часов после рождения;**  
3 часа после рождения;  
6 часов после рождения;  
24 часа после рождения;  
32 часа после рождения.

173. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

**ректовестибулярный свищ;**  
ректовагинальный свищ;  
ректоуретральный свищ;  
ректовезикальный свищ;  
ректопромежностный свищ.

174. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:

**исследование свища зондом;**  
рентгенография по Вангенстину;  
контрастное исследование кишки через свищ;  
электромиография промежности;  
профилометрия.

175. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

**А) врожденный аганглиоз участка толстой кишки;**  
Б) гипертрофия мышечного слоя кишки;  
В) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;  
Г) токсическая дилатация толстой кишки;  
Д) все перечисленное.

176. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

**острую;**  
подострую;  
хроническую;  
ректальную;  
ректосигмоидальную.

177. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:

**ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;**

ирригографию;

дачу бариевой смеси через рот;

колоноскопию;

определение активности ацетилхолинэстеразы.

178. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:

**терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки;**

радикальная операция;

колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;

колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;

пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки.

179. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

**12 мес;**

3 мес;

6 мес;

9 мес;

в 3 года и старше.

180. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:

**подострую;**

острую;

хроническую;

ректальную;

ректосигмоидальную.

181. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:

**по установлению диагноза;**

в 1.5 года;

в 3 года;

в 6 лет;

в 10 лет.

182. У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

**терминальную колостому на переходной зоне кишки;**  
консервативное лечение с помощью сифонных клизм;  
радикальное оперативное вмешательство;  
пристеночную цекостому;  
двухствольную стому на восходящий отдел кишки.

183. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

**до 6 мес;**  
после I года;  
после 3 лет;  
после 6 лет;  
после перенесенной кишечной инфекции.

184. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:

**операция Соаве;**  
операция Дюамеля;  
операция Свенсона;  
колостома;  
илеостома.

185. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:

**ирригография с бариевой взвесью;**  
обзорная рентгенография брюшной полости;  
) ирригография с воздухом;  
дача бариевой взвеси через рот;  
колоноскопия.

186. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятно:

**болезнь Гиршпрунга;**  
долихосигма;  
хронический колит;  
неспецифический язвенный колит;  
болезнь Крона.

187. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

**колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;**  
консервативную терапию, сифонные клизмы;  
срочное радикальное оперативное вмешательство;  
срочную колостому;

колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного.

188. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

**каловый камень;**  
опухоль толстой кишки;  
удвоение кишечника;  
лимфангиома брюшной полости;  
холодный аппендикулярный инфильтрат.

189. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

**макрогематурию;**  
пиурию;  
альбуминурию;  
микрогематурию;  
оксалурию.

190. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

**в поясничной области;**  
в наружном крае прямых мышц;  
в надлобковой области;  
в промежности;  
в эпигастрии.

191. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:

**вторичное сморщивание почки;**  
вторичное камнеобразование;  
девиация мочеточника;  
ложный гидронефроз;  
некротический папиллит.

192. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребенка считают:

**наличие инородных тел;**  
гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей;  
цистит;  
специфический уретрит;  
грибковое поражение уретры.

193. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:

**острый гломерулонефрит;**  
мочекаменная болезнь;  
гидронефроз;  
опухоль почки;  
парапельвикальная киста почки.

194. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:

**при опухоли почки;**  
при болезни Верльгофа;  
при узелковом;  
при остром гломерулонефрите;  
при поликистозе.

195. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:

**цистоскопию;**  
ретроградную пиелографию;  
экскреторную урографию;  
цистоуретрографию;  
радиоизотопные методы.

196. При анурии у детей противопоказана:

**экскреторная урография;**  
обзорная рентгенография органов мочевой системы;  
цистоуретрография;  
ретроградная пиелография;  
цистоскопия.

197. Не требует лечения у детей:

**Г) физиологическая анурия новорожденных;**  
А) ренальная форма анурии;  
Б) экстраренальная форма анурии;  
В) субренальная форма анурии;  
Д) аренальная форма анурии.

198. Основным признаком гидронефроза считают:

**наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;**  
признаки нарушения сократительной способности лоханки;  
признаки вторичного пиелонефрита;  
истончение почечной паренхимы;  
признаки снижения почечного кровотока.

199. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:

**экскреторную урографию;**  
цистографию;

цистоскопию;  
иистометрию;  
УЗИ с определением кровотока.

200. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

**обтурации мочеточника камнем;**  
вторично сморщенной почки;  
острого необструктивного пиелонефрита;  
травмы почки;  
опухоли почки.

201. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:

**перемежающийся гидронефроз;**  
пузырно-мочеточниковый рефлюкс;  
гипоплазия почки;  
удвоение верхних мочевых путей;  
поликистоз.

202. УЗИ слазиксной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:

**оральную гидротацию, в\в гидротацию, уретральный катетер, лазикс в\в в возрастных дозировках;**  
оральную гидротацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков;  
пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости;  
сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма;  
спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в\в.

203. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

**разрывом уретры;**  
фимозом;  
опухолью мочевого пузыря;  
камнем уретры;  
камнем мочевого пузыря.

204. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

**болевой синдром;**  
нарушение мочеиспускания;  
снижение удельного веса мочи;  
поллакиурия;  
энурез.

205. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

**эксреторная урография;**  
пальпация;  
ультразвуковое сканирование;  
радиоизотопное исследование;  
ангиоренография.

206. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

**при мочекаменной болезни;**  
при гидронефрозе;  
при нефроптозе;  
при поликистозе;  
при тромбозе почечной артерии.

207. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:

**пиелотомия;**  
нефротомия;  
резекция почки;  
нефрэктомия;  
нефростомия.

208. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:

**для туберкулеза;**  
для гидронефроза;  
для мочекаменной болезни;  
для нефроптоза;  
для опухоли почки.

209. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

**пороков уретры и ПМР;**  
нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря;  
гидронефроза;  
удвоения верхних мочевых путей;  
нефроптоза.

210. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления:

**энуреза (ночного недержания мочи);**  
нейрогенных дисфункций мочевого пузыря;  
эктопии устья добавочного мочеточника;  
эписпадии;  
клапана задней уретры .

211. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

**отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки;**

отек, гиперемия, болезненность в области мошонки;

гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов;

отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах;

значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка.

212. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают: **патологическим состоянием, необходимо срочное лечение;** вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата; условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке; редким пороком крайней плоти; патологическим состоянием, требует лечения после 1 года.
213. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является: **почечная ангиография;** экскреторная урография; планиметрия почки; биопсия почки; динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.
214. Укажите нехарактерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний: **злокачественные опухоли;** пороки развития; гнойно-воспалительные заболевания; сосудистые дисплазии; родовая травма.
215. Среди перечисленных форм работы, проводимой с врачами родильных домов, наиболее важной является: **совместный разбор диагностических и лечебных ошибок;** совместные патолого-анатомические конференции; летальная комиссия; научно-практическая конференция; консультация больных с сотрудниками кафедры.
216. Среди перечисленных показателей работы отделения хирургии новорождённых в наибольшей степени отражает качество и эффективность работы отделения: **летальность;**

средняя длительность пребывания больного на койке;  
число пролеченных больных;  
процент выполнения плана по койко-дням;  
оборот койки.

217. Среди причинных факторов, способствующих развитию пороков развития у новорождённых, наиболее значимыми являются:

**генетические аберрации;**  
физические;  
химические;  
биологические;  
гиповитаминоз матери.

218. Наибольшим повреждающим (тератогенным) действием на развитие эмбриона и плода обладают:

**сочетание нескольких повреждающих факторов.**  
радиация;  
вирусная инфекция;  
лекарственные вещества;  
хронические производственные отравления;

219. Из перечисленного ниже наиболее часто встречаются у новорождённых:

**врождённые генетические заболевания;**  
**повреждение растущих органов и систем;**  
диспропорция роста и дисфункция созревания;  
приобретённые заболевания.

220. Из ниже перечисленных нозологических единиц фетохирургическое вмешательство не возможно при:

**врожденной кишечной непроходимости;**  
обширной лимфангиоме шеи;  
стенозе прилоханочного отдела мочеточника;  
клапане задней уретры;  
врождённая гидроцефалия.

221. Для оценки степени оперативного риска у новорожденных редко используют:

**коэффициента оценки метаболизма;**

оценку по Апгар;  
массу тела;  
степень нарушения мозгового кровообращения;  
выраженность респираторного дистресс-синдрома.

222. Среди перечисленных операций нецелесообразно выполнять в первые часы и дни жизни:

**пластику неба;**

пластику пищевода при его атрезии;

пластику диафрагмы при ложной диафрагмальной грыже;

анастомоз тонкой кишки при ее атрезии;

пластику передней брюшной стенки при гастрошизисе.

223. Нецелесообразно выполнять в первые недели жизни операции по поводу:

**дермоидной кисты надбровья;**

частичной кишечной непроходимости;

тератомы крестцово-копчиковой области;

нарушения оттока мочи;

пластики верхней губы.

224. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:

**атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом;**

врожденный изолированный трахео-пищеводный свищ;

атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;

атрезия пищевода без свища;

атрезия пищевода с верхним трахео-пищеводным свищом.

225. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаящий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

**запавший живот;**

цианоз;

одышка;

пенистые выделения изо рта;

хрипы при аускультации легких.

226. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом:

**ширину трахео-пищеводного свища;**

уровень атрезии;

форму атрезии;

степень воспалительных изменений в легких;

выявить сопутствующую атрезии кишечника.

227. Наиболее правильным положением больного с атрезией пищевода и нижним трахеопищеводным свищом при транспортировке следует считать:

**вертикальное;**

на правом боку;

с возвышенным тазовым концом;

горизонтальное;  
положение значения не имеет.

228. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является:

**анастомоз «конец в конец» узловым однорядным швом;**  
наложение швов по Хайят;  
методика Баирова;  
циркулярная эзофагомиотомия по Левадитис;  
метод «конец с бок».

229. Выполняя шов пищевода при его атрезии, хирург должен соблюдать ряд принципов, наиболее важным из которых является:

**диастаз между концами пищевода не более 1.5 - 2 см;**  
использование атравматической нити;  
редкие узловые швы (интервал 2 мм);  
мобилизация верхнего отрезка пищевода;  
мобилизация нижнего отрезка пищевода не более 1-1.5 см.

230. При частичной несостоятельности швов пищевода у новорожденного после радикальной операции по поводу атрезии пищевода экстраплевральным доступом наиболее целесообразно:

**консервативная терапия (интенсивная антибактериальная терапия, промывание средостения с активной аспирацией);**  
реторакотомия, разделение анастомоза пищевода, эзофаго- и гастростомия;  
гастростомия, дренирование средостения;  
реторакотомия, ушивание дефекта пищевода;  
считать больного инкурабельным.

231. Из нижеперечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:

**стеноз пищевода;**  
длительный гастроэзофагальный рефлюкс;  
реканализация трахеопищеводного свища;  
рецидивирующая аспирационная пневмония;  
дисфагия.

232. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:

**короткий широкий на уровне первых грудных позвонков;**  
узкий длинный в шейном отделе;  
короткий узкий;  
длинный широкий;  
общая стенка пищевода с трахеей.

233. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

**пенистые выделения изо рта;**

кормление сопровождается кашле;

приступы цианоза во время кормления;

кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз;

рецидивирующая аспирационная пневмония.

234. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:

**трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой синей в пищевод;**

эзофагоскопия;

трахеобронхоскопия;

проба с метиленовой синью;

рентгеноконтрастное исследование пищевода;

235. Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются:

**на третьей неделе жизни;**

в первые дни после рождения;

на второй неделе жизни;

на четвёртой неделе жизни;

после 1 месяца жизни.

236. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

**рвота «фонтаном»;**

склонность к запорам;

желтуха;

жажда;

олигурия.

237. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:

**возрастным дефицитом;**

малой прибавкой;

прогрессирующим падением;

неравномерной прибавкой;

отсутствием прибавки.

238. При пилоростенозе стул:

**скудный, темно-зеленый;**

постоянный запор;

обильный непереваренный;

частый, жидкий, зловонный;

водянистый.

239. Червеобразный отросток — это:  
**вариант развития;**  
рудимент;  
функциональный орган;  
порок развития;  
аномалия;
240. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:  
**обязательно;**  
необязательно;  
у детей младшего возраста по показаниям;  
у девочек по показаниям;  
в зависимости от клиники.
241. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:  
**усиление болей при расположении на левом боку;**  
появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;  
усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;  
усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;  
правое яичко расположено выше левого.
242. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:  
**болезненность при пальпации области пупочного кольца;**  
болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;  
уменьшение болей в положении на животе;  
усиление болей при отведении купола кишки медиально;  
снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.
243. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:  
**умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;**  
гиперлейкоцитоз;  
лейкопения;  
отсутствие изменений;  
ускоренное СОЭ.
244. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

**появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;**  
болезненное опухание суставов;  
геморрагические высыпания на коже;  
гематурия, альбуминурия;  
комбинация перечисленных симптомов.

245. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:

**лапароскопия;**  
наблюдение;  
срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;  
назначение антибактериальной терапии;  
перевод больного в терапевтическое отделение.

246. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

**невозможен;**  
возможен при начальной стадии воспаления;  
возможен при флегмонозном аппендиците;  
возможен при гангренозном аппендиците;  
возможен даже при перфоративном аппендиците .

247. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

**на правом боку с приведенными ногами;**  
на спине;  
на животе;  
на левом боку;  
сидя.

248. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

**ввести седуксен;**  
ввести промедол;  
ввести спазмолитики;  
сделать теплую ванну;  
осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.

249. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

**24 часами;**  
3 часами;  
6 часами;

12 часами;

18 часами.

250. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

**лапароскопию;**

срединную лапаротомию;

лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;

лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;

динамическое наблюдение.

251. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

**лапароскопия;**

наблюдение;

консервативное лечение;

лапаротомия в правой подвздошной области;

срединная лапаротомия.

252. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

**напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;**

локальная боль и рвота;

напряжение мышц брюшной стенки и рвота;

симптом Щеткина и рвота;

жидкий стул и рвота.

253. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

**одномоментное введение антибиотиков;**

резиновый выпускник;

марлевый тампон;

промывание брюшной полости;

тампон Микулича.

254. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

**двухпросветный дренаж;**

одномоментное введение антибиотиков;

резиновый выпускник;

промывание брюшной полости;

тампон Микулича.

255. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

**двухпросветный дренаж;**  
микроирригатор;  
промывание брюшной стенки;  
марлевый тампон;  
резиновый выпускник.

256. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

**антибиотики, физиотерапия, наблюдение;**  
стационарное наблюдение;  
амбулаторное наблюдение;  
срочная операция;  
операция в плановом порядке.

257. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

**одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;**  
лаважом брюшной полости после операции;  
лапаростомией;  
ввести микроирригаторы;  
дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

258. Наиболее распространенной точкой пункции подключичной вены является:

**под ключицей, на границе внутренней и средней трети ключицы;**  
граница наружной и внутренней трети ключицы;  
под грудино-ключичным сочленением;  
над грудино-ключичным сочленением;  
в яремной ямке.

259. Внутренняя яремная вена расположена:

**кнаружи от сонной артерии;**  
кнутри от сонной артерии;  
позади сонной артерии;  
к сонной артерии отношения не имеет;  
в яремной ямке.

260. Центральная гемодинамика при гиповолемическом шоке характеризуется:

**централизацией кровообращения с уменьшением почечного кровотока;**

левожелудочковой недостаточностью;  
правожелудочковой недостаточностью;  
депонированием крови в сосудах малого круга;  
депонированием крови в сосудах брюшной полости.

261. Характерными изменениями микроциркуляции при гипотоническом шоке являются:

**артерио-венозное шунтирование, метаболический ацидоз;**  
ускорение капиллярного кровотока;  
увеличение времени кровотока;  
высокий гемоглобин и гематокрит; Д) расширение капилляров.

262. К наиболее частым осложнениям прямой ларингоскопии относится:

**вывихивание зубов, травма слизистой верхней челюсти;**  
пневмоторакс;  
носовое кровотечение;  
травма трахеи;  
травма ротоглотки.

263. К клиническим признакам остановки сердца, которые можно определить без специальных исследований, относятся:

**остановка дыхания, общий цианоз, отсутствие пульса на сонной артерии, расширение зрачков;**  
отсутствие тонов сердца, АД=0, цианоз;  
остановка дыхания, отсутствие периферического пульса, АД=0;  
анизокория, судороги;  
нарушение ритма дыхания, анизокория, цианоз, АД=0.

264. Восстановить мозговой кровоток при остановке сердца необходимо:

**в течение 4 минут;**  
в течение 1 минуты;  
в течение 2 минут;  
в течение 5 минут;  
не позднее 6 минут.

265. Немедленная терапия при внезапной остановке сердца должна быть направлена на коррекцию:

**метаболического ацидоза;**  
возбудимости сердца;  
дыхательного алкалоза;  
тонуса блуждающего нерва;  
метаболического алкалоза.

266. Если после восстановления сердечной деятельности больной остается в коматозном состоянии, то следует:

**начать ИВЛ, гипотермию, ввести кортикостероиды, антигипоксанты;**  
снизить концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе до 30%;  
ввести наркотики;  
сделать трахеостомию;  
внутривенно ввести стимуляторы ЦНС.

267. К основным особенностям поражения электротоком относятся:

**судороги, «знаки тока», поражение миокарда;**  
алкалоз, снижение гемоглобина, гипонатриемия;  
боли в животе, полиурия, гипокальциемия;  
обструктивный синдром, повышение  $p\text{CO}_2$ , гипергликемия;  
ацидоз, отеки, гипопроteinемия.

268. Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:

**дисплазия тазобедренного сустава;**  
врожденная косорукость;  
амниотические перетяжки;  
патологический вывих бедра;  
болезнь Клиппеля-Фейля.

269. В основе остеохондропатии лежит:

**дисфункция роста;**  
дисфункция созревания;  
внутриутробная инфекция;  
неправильное внутриутробное развитие;  
тератогенное воздействие.

270. Из перечисленных заболеваний следствием дисфункции роста является:

**болезнь Нотта;**  
юношеский эпифизеолиз;  
синдактилия;  
врожденная сохавага;  
косолапость.

271. Сущность III пути развития заболевания (по С.Я. Долецкому) состоит в:

**повреждении растущих и развивающихся структур;**  
генетически обусловленных страданиях;  
приобретенных заболеваниях,  
дисфункции созревания;  
дисфункции роста.

272. Рациональным путем управления созреванием у детей является:  
**щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание;**  
хирургический, паллиативный;  
ортопедические приемы;  
хирургическая реконструкция;  
хирургический + медикаментозный.
273. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:  
**бытовой;**  
уличный;  
школьный;  
спортивный;  
прочий.
274. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:  
**повреждения;**  
ожоги;  
инородные тела;  
отравления;  
огнестрельные повреждения.
275. Малым сегментом нижней конечности при травматическом его отчленении считается уровень дистальнее:  
**уровня голеностопного сустава;**  
уровня плюсно-фалангового сустава;  
уровня коленного сустава;  
уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от предполагаемого веса конечности;  
уровня средней и нижней трети голени.
276. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:  
**в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4°C;**  
в емкости, наполненной водой с температурой 36°C и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента;  
не имеет значения;  
при отрицательной температуре;  
Д) при температуре около 40°C.
277. Крупным сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень проксимальнее:  
**уровня лучезапястного сустава;**

уровня средней и нижней трети предплечья;  
уровня локтевого сустава;  
уровня пястно-фалангового сустава;  
уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет более 15% от веса конечности.

278. Показанием для реплантации крупного сегмента нижней конечности у детей является уровень проксимальнее:

**уровня средней и верхней трети бедра;**

коленного сустава;

уровня средней и нижней трети бедра;

тазобедренного сустава;

не имеет значения.

279. Малым сегментом верхней конечности при его травматическом отчленении считается уровень дистальнее:

**уровня лучезапястного сустава;**

уровня пястно-фалангового сустава;

уровня локтевого сустава;

уровень не имеет значения, если вес отчлененного сегмента составляет 15% от веса конечности;

уровня средней и нижней трети предплечья.

280. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:

**гипсовой лангетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;**

циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;

гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;

гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;

циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.

281. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

**гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;**

циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;

гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;

гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;

циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава;

282. Первичный наиболее общий этиологический фактор, определяющий нарушение жизненно важной функции при шоке, состоит:

**в нарушении центральной гемодинамики;**

в торможении центров коры головного мозга, обусловленных болевой чувствительностью;

в «вегетативной буре», с напряжением функций коры надпочечников и гипофиза;

в интоксикации, вызванной продуктами распада органов и тканей;

в острой дыхательной недостаточности.

283. Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:

**пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А.В.Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза;**

начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование;

произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух; с противошоковой целью ввести наркотики;

до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается.

284. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает:

**оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей;**

переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения,

транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков;

транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации;

транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков;

285. При верхнем родовом параличе Дюшена-Эрба имеет место:

**внутренняя ротация и приведение плеча при наличии движений в пальцах кисти;**

отсутствие движения в пальцах кисти;

полное отсутствие движений в пораженной конечности;

односторонний спастический гемипарез;

отсутствие движений в пальцах кисти при сохраненных движениях в плечевом суставе.

286. Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является:
- дистальный эпифиз плечевой кости;**
  - проксимальный эпифиз плечевой кости;
  - проксимальный эпифиз бедренной кости;
  - дистальный эпифиз бедренной кости;
  - проксимальный эпифиз большой берцовой кости.
287. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизолиза дистального конца плечевой кости, является:
- нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья;**
  - деструкция метафиза плечевой кости;
  - наличие видимого костного отломка;
  - видимая костная мозоль;
  - луковичный периостит.
288. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:
- закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки;**
  - открытое направление;
  - вытяжение по Шеде;
  - вытяжение по Блаунту;
  - вправление закрытое.
289. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:
- вытяжение по Блаунту;**
  - открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
  - одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
  - вытяжение по Шеде;
  - лечения не требуется.
290. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:
- реакция на болевое ощущение при пеленании;**
  - гематома в области плечевого сустава;
  - крепитация отломков;
  - гемипарез;
  - нарушение кровообращения.
291. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:

**торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°);**  
фиксация ручки к туловищу ребенка;  
лейкопластырное вытяжение;  
гипсовая повязка;  
повязка Дезо.

292. Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы, является:

**степень нарушения мозгового кровообращения;**  
размеры родовой опухоли на голове;  
наличие кефалогематомы;  
переломы черепа;  
степень смещения костей черепа.

293. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:

**хирургическую коррекцию методом репозиции;**  
лечения не требует;  
интенсивную инфузионную терапию;  
резекционную трепанацию черепа;  
резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.

294. Оптимальное положение ручки при лечении паралича Дюшена-Эрба:

**фиксировать ручку в положении отведения плеча под углом 90° с наружной ротацией;**  
прибинтовать ручку к туловищу;  
положить повязку Дезо;  
фиксация не обязательна;  
фиксация при запрокидывании ручки за спину.

295. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

**печень, селезенка;**  
тонкая кишка;  
толстая кишка;  
мочевой пузырь;  
почки.

296. При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:

**анатоксин столбнячный;**  
анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку;

противостолбнячный человеческий иммуноглобулин;  
противостолбнячную сыворотку;  
ничего из перечисленного.

297. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:  
**перелом основания черепа без повреждения мягких тканей;**  
переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апо-невроза;  
перелом лобной кости с наличием раны в теменной области;  
перелом теменной кости с наличием раны в лобной области;  
ушиб мягких тканей головы.
298. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:  
**кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;**  
потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизотопию, очаговую симптоматику;  
продолжительный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;  
глубокую кому после сомнительной связи с травмой;  
гемипарез при ясном сознании.
299. Оптимальный вариант лечебной тактики при внутрисуставных повреждениях костей голени со смещением у детей включает:  
**открытую репозицию + остеосинтез;**  
открытую репозицию;  
аппаратное лечение;  
скелетное вытяжение;  
ревизию + гипсовую иммобилизацию.
300. Типичная поза пострадавшего с компрессионным оскольчатый переломом поясничного позвонка:  
**на боку, с согнутыми и приведенными к животу ногами;**  
на спине с выпрямленными конечностями;  
на спине с умеренно согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами;  
на боку с выпрямленными конечностями;  
нет типичных позиций.

Критерии оценки тестирования:

Оценка «отлично» - из 10 предложенных заданий в тестовой форме ординатором даны правильные ответы на все задания,

Оценка «хорошо» - допущена 1-2 ошибка,

Оценка «удовлетворительно» - допущено 3-4 ошибки;

Оценка «неудовлетворительно» - допущено более 4 ошибок.

### **Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения факультатива (зачет).**

Промежуточная аттестация по программе «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» проходит в виде двухэтапного зачета:

1 этап – оценка теоретических знаний в ходе собеседования.

2 этап – оценка практических навыков и умений на фантомах и муляжах.

### **Примеры типовых контрольных вопросов для проведения первого этапа промежуточной аттестации, проверяющих знания в рамках компетенции.**

<b>№</b>	<b>Контрольные вопросы</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме ребенка от 1 года до 8 лет	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот двумя спасателями на фантоме	УК-1, ПК-5, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме ребенка 6- 8 лет	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме ребенка 6- 8 лет	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме ребенка 6- 8 лет	УК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Непрямой массаж сердца двумя спасателями на фантоме ребенка 6- 8 лет	УК-1, ПК-5, ПК-7
7.	Непрямой массаж сердца одним спасателем на фантоме ребенка 6- 8 лет.	УК-1, ПК-5, ПК-7

**Примеры типовых манипуляций для проведения второго этапа промежуточной аттестации, проверяющих умения и навыки в рамках компетенции.**

№	Манипуляции	Проверяемые компетенции
1.	Действие в команде при осуществлении сердечно-легочной реанимации на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
2.	Искусственная вентиляция легких рот-в-рот одним спасателем на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
3.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
4.	Искусственная вентиляция легких с использованием воздуховода и мешка Амбу на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
5.	Непрямой массаж сердца одним спасателями на фантоме. Демонстрация.	УК-1, ПК-5, ПК-7
6.	Умение наложить кожный и подкожный шов на рану	УК – 1, ПК - 6
7.	Умение выполнить плевральную пункцию	УК – 1, ПК - 6
8.	Умение пальпировать брюшную полость	УК – 1, ПК - 6
9.	Умение собирать анамнез	УК – 1, ПК - 6

**Критерии оценки освоения компетенций (практических умений и навыков)**

- **«зачтено»** - ординатор демонстрирует мануальные навыки оказания неотложной помощи в конкретной ситуации при работе в команде; допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет; анализирует результаты собственных действий
- **«не зачтено»** - ординатор не владеет техникой выполнения неотложных мероприятий в критических ситуациях или делает грубые ошибки при их выполнении, не знает особенностей оказания медицинской помощи пациентам различного возраста, не может самостоятельно исправить ошибки.

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ОРДИНАТОРА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ.**

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по факультативу	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознан-	A	100-96	<b>В</b> <b>Ы</b> <b>С</b> <b>О</b> <b>К</b> <b>И</b> <b>Й</b>	5 (5+)

ных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию ординатора.	В	95-91	<b>ВЫСОКИЙ</b>	5
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	90-86	<b>СРЕДНИЙ</b>	4 (4+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	С	85-81	<b>СРЕДНИЙ</b>	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные ординатором с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.	О	80-76	<b>НИЗКИЙ</b>	4 (4-)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные	Е	75-71	<b>НИЗКИЙ</b>	3 (3+)

и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.				
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	70-66	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания ординатором их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Е	65-61	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	3 (3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа ординатора не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Fx	60-41	<b>КРАЙНЕ НИЗКИЙ</b>	2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	F	40-0	<b>НЕ СФОРМИРОВАНА</b>	2

## 12.2 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ. СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

**Объем самостоятельной работы по дисциплине – 24 часа**

№№	Наименование раздела	Содержание самостоятельной работы	Объем в часах
	Раздел 1 « Сердечно-легочная реанимация ребенка от 1 года до 8 лет»	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Оказание неотложной медицинской помощи ребенку от 1года до 8 лет Отработка навыков на тренажерах и манекенах	12
	Раздел 4 « Оказание хирургической помощи при ургентных состояниях»	Изучение нормативно-правовых документов Минздрава России Подготовка доклада, сообщения «Показания, противопоказания , осложнения и ошибки при пункции плевральной полости» Отработка навыка дренирования плевральной полости на тренажерах и манекенах	6
	Раздел 5 « Хирургический практикум»	Подготовка доклада, сообщения «Виды кожных швов. История развития . Современные кожные швы. Современный шовный материал» Отработка навыков на тренажерах и манекенах	6
	<b>ИТОГО:</b>		<b>24 ч</b>

### **Формы контроля выполнения самостоятельной работы:**

- 1) контроль освоения практических навыков на тренажерах и манекенах,
- 2) доклад (сообщение) по избранной теме.

Темы докладов, сообщений даются в контексте тематики конкретного семинарского занятия. Для подготовки доклада, сообщения ординаторам предлагается внеаудиторная работа в библиотеке по избранной теме, работа в электронной информационной базе студента (ЭИОС), образовательном портале и

индивидуальные консультации с преподавателем по проблемным и недостаточно понятным вопросам.

### **Требования к оформлению докладов.**

Доклад может быть представлен в визуализационной форме (презентация), либо устно. Выступление должно включать три основные части: введение (отражается план доклада, цель анализа данной проблемы и значение ее решения в теоретическом и практическом планах); содержательная часть (рассматриваются современные представления об особенностях поставленной проблемы в литературе, используемые авторами методы, проводится анализ основных материалов по проблеме, приводятся схемы, графики, рисунки, иллюстрирующие текстовые данные); заключительная часть (подводятся итоги и формулируются вопросы по данной проблеме, которые пока не нашли своего решения в науке).

### **Критерии оценки доклада.**

**«5» (отлично)** – оценка «отлично» ставится ординатору, показавшему совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрывшему основные положения темы, в докладе которого прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Демонстрируется знание об объекте на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Доклад излагается литературным языком, свободно (не читается) в терминах науки. Активно используется иллюстрационный материал, облегчающий восприятие теоретических данных. Ординатор свободно ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«4» (хорошо)** – оценка «хорошо» ставится ординатору, показавшему умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. При этом ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки, при ответе ординатор пользуется текстом. Доклад сопровождается небольшим количеством иллюстраций. Ордина-

тор ориентируется в материале, отвечает на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, сам может сформулировать вопросы к аудитории по изложенному материалу.

**«3» (удовлетворительно)** – оценка **«удовлетворительно»** ставится ординатору, в докладе которого логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допускаются ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Ординатор не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Ординатор плохо ориентируется в материале, затрудняется при оформлении ответов на вопросы, задаваемые слушателями и преподавателем, формулирует вопросы к аудитории по изложенному материалу в лаконичной форме.

**«2» (неудовлетворительно)** – оценка **«неудовлетворительно»** ставится ординатору, не раскрывшему избранную тему в докладе, не ориентирующегося в материале.

## 12.3 МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

При реализации образовательных технологий компетентностно-деятельностный подход ориентирован на формирование универсальных и профессиональных компетентностей в соответствии с видом профессиональной деятельности врача – детского хирурга и предусматривает использование современных образовательных технологий формирования эффективной коммуникативной компетентности ординаторов.

Обучение базируется на андрагогической модели. Семинарские занятия имеют целью отработку предметно-методических умений и формирование мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача – детского хирурга.

Самостоятельная работа предназначена как для закрепления предметно-методических умений и формирования мотивационной и практической готовности к профессиональной медицинской деятельности врача – детского хирурга, так и для реализации возможности личностно-профессионального совершенствования и развития карьерного потенциала.

Предусмотрено постоянное совершенствование организации и методики проведения занятий для формирования соответствующих ФГОС компетенций выпускника, с учетом новых достижений науки и потребностей здравоохранения, возрастающих требований и интенсификации учебно-воспитательного процесса.

В процессе изучения дисциплины принципиальное значение имеет систематический контроль качества обучения, для чего используются различные методы текущего и рубежного контроля теоретических знаний, и практических умений ординатора.

Преподавание дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации. Симуляционный курс» строится в соответствии со следующими принципами:

- принцип модульного и тематического представления профессионально-ориентированного материала;
- принцип технологичности;
- принцип организации самостоятельной работы и формирование рефлексивной культуры через систему творческих методик.

Важной составной частью учебной аудиторной и самостоятельной работы является широкое применение современных мультимедийных средств, компьютерных технологий.

Активными и интерактивными формами обучения в данном курсе могут являться как отдельные упражнения на занятии, так и занятия в целом, аудиторные или самостоятельные, с использованием информационных технологий.

## 12.4 СПРАВКА О КАДРОВОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

№	Ф.И.О. преподавателя, реализующего программу	Условия привлечения (основное место работы: штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель; по договору ГПХ)	Должность, ученая степень, ученое звание	Перечень читаемых дисциплин	Уровень образования, наименование специальности, направления подготовки, наименование присвоенной квалификации	Сведения о дополнительном профессиональном образовании	Объем учебной нагрузки* по дисциплинам, практикам, ГИА	
							Контактная работа	
							количество часов	доля ставки
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.	<i>Перепелкин Андрей Иванович</i>	<i>Совместитель (внутренний)</i>	<i>Профессор кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО, доктор медицинских наук,  Диплом д.м.н,  Дата 2.04.2010, номер 14д/6  3.Диплом профессора. Дата 31.12.2013, номер 1036/нк-1</i>	<i>Детская хирургия</i>	<i>Высшее образование, Диплом номер ТВ 513145, от 25.06.1992г.  Специальность - Педиатрия  Квалификация – детская хирургия</i>	<i>Диплом о послевузовском образовании по специальности: «Детская хирургия»:ординатура от 01.11.1994, №10/9  Профессиональная переподготовка по специальности «Детская хирургия»  Диплом о ПП 040000057294  От 27 июня 2022 года  Сертификат по специальности «Травматология-ортопедия детского возраста» от 20.04.2019,</i>	<i>300</i>	<i>0,353</i>

						<p>0178190026925</p> <p><b>Удостоверение о ПК по специальности</b></p> <p>«Травматология и ортопедия детского возраста», №12596,</p> <p><b>Удостоверение о ПК по педагогике)</b></p> <p>«Основы бережливого производства в сфере высшего образования», №343101264654, от 26 марта 2022 года;</p> <p><b>Удостоверение о ПК по педагогике «Инклюзивное обучение и разработка адаптированных образовательных программ в вузе», №343101264735, от 29 мая 2022 года</b></p>		
2.	<b>Хворостов Игорь Николаевич</b>	Совместитель внешний	<p>Профессор кафедры хирургических болезней № 1 ИИМФО,</p> <p>д.м.н,</p> <p>Диплом доктора медицинских наук</p> <p>серия ДДН № 002103</p> <p>Ученое звание доцент диплом</p>	Детская хирургия:	<p>Диплом о высшем образовании, ШВ № 163654</p> <p>От 28.06.1994г. Специальность - Педиатрия</p> <p>Квалификация – детская хирургия</p>	<p>1.Инклюзивное обучение и разработка адаптивных программ в вузе. От 7 июня 2018г. № 180001799089</p> <p>16 час</p> <p>2. Информационно – коммуникационные технологии в электронно – образовательной среде в вуза от 15 октября 2018 г. № 180001799535.</p>	175	0,25

			<p>серия ДДН № 002103</p> <p>От 12.11.2005г.</p>			<p>36 час</p> <p>3. Безопасность жизнедеятельности и оказание первой помощи в образовательной среде. От 3.07.2018 № 040000140892</p> <p>25 час</p> <p>4. Удостоверение о повышении квалификации</p> <p>№ 0134180802586 от.25.05.2018г.</p> <p>«Детская хирургия»,</p> <p>144 часа</p> <p>ФГБОУ ВО ВолзГМУ</p>		
3.	<b>Синицин Алексей Геннадьевич</b>	Совместитель внутренний	<p>Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИНМФО</p> <p>Кандидат медицинских наук,</p> <p>Диплом к.м.н от 15 октября 2021 г</p> <p>КАН № 019015</p>	Детская хирургия	<p>Диплом Б-1 № 331533 выдан 28.06.2009г.</p> <p>Специальность - Педиатрия</p> <p>Квалификация – детская хирургия</p>	<p>Диплом о послевузовском образовании по специальности «Детская хирургия»:</p> <p>Интернатура - Удост.№004480 от 31.07.2010 г.</p> <p>Ординатура - Удост. № 000096. Выдано 02.07.2010.г.</p> <p>Сертификат по специальности «Детская хирургия» 0134040009918, рег.номер 58930 от 22 ноября 2017 г.</p> <p>Удостоверение о ПК</p>	300	0,353

						<p>«Детская хирургия», 144 ч. рег.номер 58930 от 22 ноября 2017 г.</p> <p>. Удостоверение о ПК по педагогике</p> <p>«Курс педагогики и образовательных технологий кафедры социальной работы по Психолого-педагогическим основам высшего профессионального образования», 144 ч. Диплом № 103432 0000090 от 12.10.2019г.</p>		
4.	<b>Копань Глеб Анатольевич</b>	<b>Совместитель внутренний</b>	<p>Доцент кафедры хирургических болезней № 1 ИИМФО</p> <p>Кандидат медицинских наук,</p> <p>Диплом 01.07.2005 г, КТ № 157844</p>	Детская хирургия	<p>Высшее образование, Диплом МВ № 471619 27.06.1988 г</p> <p>Специальность - Педиатрия</p> <p>Квалификация – детская хирургия</p>	<p>Диплом о послевузовском образовании по специальности «Детская хирургия»: интернатура, №31 19.06.1989 г</p> <p>Сертификат по специальности «Детская хирургия» от 14.05.2018 г, № 0134180802149</p> <p>Удостоверение о ПК по специальности «Детская хирургия» № 343100218095, от 12.08.2018</p> <p>. Удостоверение о повышении квалификации по педагогике</p> <p>«Инклюзивное обучение и разработка адаптирован-</p>	300	0,353

						<i>ных образовательных программ в вузе», №343101264755, от 29 мая 2022 года</i>		
5.	<i>Новиков Никита Владимирович</i>	<i>Совместитель внутренний</i>	<i>Ассистент кафедры хирургических болезней № 1 ИИМФО</i>	<i>Детская хирургия</i>	<i>.Высшее образование диплом от 06.07.2020</i>  <i>Специальность – педиатрия</i>  <i>Квалификация – детская хирургия</i>	<i>Диплом о послевузовском образовании по специальности «Детская хирургия» - ординатура № 103404 000920, дата выдачи 30июня 2022г.</i>  <i>Первичная специализированная Аккредитация по специальности «Детская хирургия» от 06.10 2022г. № 103431 0338273</i>	300	0,333
						<b>ИТОГО</b>	<b>1375</b>	<b>1,642</b>



## 12.5 СПРАВКА О МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОМ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕАЛИЗАЦИИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

№ п\п	Наименование дисциплины (модуля), практик в соответствии с учебным планом	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения.  Реквизиты подтверждающего документа
1	<p><b>Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов. Симуляционный курс.</b></p> <p><b>ФТД.2</b></p>	<p>400081, Россия, Волгоградская обл., г. Волгоград, ул. Бурейская, 1б,</p> <p>первый этаж, пом. 1.15</p> <p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа.</p>	<p>Учебная аудитория оснащена фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.</p> <p>Перечень оборудования включает:</p> <p>1. Симуляционное и фантомное оборудование:</p> <p>1) Симуляторы автоматического наружного дефибриллятора (с речевым сопровождением на русском языке, имитацией ЭКГ на мониторе, на основе планшетных компьютеров)</p> <p>2) Полнофункциональный ручной дефибриллятор с монитором ЭКГ ДКИ-Н-11 Аксион</p> <p>3) Тренажеры для обучения аускультации сердца и легких ребенка от 1 до 8 лет</p> <p>4) Тренажеры сердечно-легочной реанимации ребенка от 1 до 8 лет</p>	<p>программное обеспечение windows 7 professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная; лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение windows 10 professional: лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение windows xp professional: лицензия №45885267 от 03.10.2007, бессрочная; лицензия №43108589 от 27.11.2007, бессрочная;</p>

			<p>2. Специализированная мебель и оборудование для члена АПК:</p> <p>1) Стол рабочий (рабочая поверхность);</p> <p>2) Стул;</p> <p>3) Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения HP PRODESK 40096SFF;</p> <p>4) Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции Микрофон STELBERRY Модуль S-410, Камера HIKVISION.</p>	<p>лицензия №44811732 от 14.11.2008, бессрочная; лицензия №44953165 от 18.12.2008, бессрочная; лицензия №44963118 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46243751 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная. программное обеспечение office 2007 suite: лицензия №63922302 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64045399 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64476832 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015670 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №62674760 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №63121691 от 21.02.2014, бессрочная; лицензия №63173783 от 04.03.2014, бессрочная; лицензия №64345003 от 11.11.2014, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная; лицензия №65090951 от 22.04.2015, бессрочная; лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626553 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66928174 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №67008484 от 15.07.2015, бессрочная;</p>
--	--	--	---	---

			<p>лицензия №68654455 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68681852 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65493638 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65770075 от 21.09.2015, бессрочная; лицензия №66140940 от 08.12.2015, бессрочная; лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная; лицензия №68868475 от 08.09.2017, бессрочная; лицензия №68918738 от 22.09.2017, бессрочная; лицензия №69044325 от 26.10.2017, бессрочная; лицензия №69087273 от 08.11.2017, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2010 professional plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2010 standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2016 standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бес-</p>
--	--	--	--

				<p>срочная.</p> <p>программное обеспечение abby fine reader 8.0 corporate edition (россия): лицензия № fcrs-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение kaspersky endpoint security 10 для windows (россия) (лицензия №280e-000451-574b9b53 с 21.05.2019 по 25.05.2020)</p> <p>программное обеспечение google chrome (свободное и/или безвозмездное по)</p> <p>программное обеспечение mozilla firefox (свободное и/или безвозмездное по)</p> <p>браузер «yandex» (россия) (свободное и/или безвозмездное по)</p> <p>программное обеспечение 7-zip (россия) (свободное и/или безвозмездное по)</p> <p>программное обеспечение adobe acrobat dc / adobe reader (свободное и/или безвозмездное по)</p>
2		<p>1.6</p> <p>400081, Россия, Волгоградская обл., г. Волгоград, ул. Бурейская, 1б,</p>	<p>Перечень оборудования включает:</p> <p>1. Симуляционное и фантомное оборудование:</p> <p>1) Манекен, обеспечивающий ими-</p>	<p>программное обеспечение windows 7 professional: лицензия №46243751 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бес-</p>

		<p>первый этаж, пом. № 1.6.</p> <p>Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа.</p> <p>Учебная аудитория оснащена фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.</p>	<p>тацию различных витальных функций, лежащий на кушетке (кровати) и одетый в рубашку, которая легко расстегивается на груди (с использованием молнии) и шорты (или легко расстегивающиеся по бокам брюки) для обеспечения легкого доступа аккредитуемого лица для осмотра спины, плеч, голеней и стоп пациента (Робот-пациент реанимации ЭНСИМ-Р. РАН.05 (реалистичное лицо), производитель ООО "Эйдос»)</p> <p>2) Монитор пациента</p> <p>3) Пульсоксиметр</p> <p>4) Аспиратор медицинский</p> <p>5) Фонендоскоп</p> <p>6) Тонометр</p> <p>7) Электрокардиограф</p> <p>8) Мануальный дефибриллятор и гель для электродов</p> <p>9) Устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца</p> <p>10) Фонарик – ручка</p> <p>11) Термометр инфракрасный (имитация)</p> <p>12) Экспресс – анализатор уровня глюкозы крови</p> <p>13) Ингалятор аэрозольный ком-</p>	<p>срочная; лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №60195110 от 28.03.2012, бессрочная; лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №62369388 от 04.09.2013, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение windows 10 professional: лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение windows xp professional: лицензия №45885267 от 03.10.2007, бессрочная; лицензия №43108589 от 27.11.2007, бессрочная; лицензия №44811732 от 14.11.2008, бессрочная; лицензия №44953165 от 18.12.2008, бессрочная; лицензия №44963118 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46243751 от 22.12.2008, бессрочная; лицензия №46289511 от 08.12.2009, бессрочная; лицензия №46297398 от 18.12.2009, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение office 2007 suite: лицензия №63922302 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64045399 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №64476832 от 14.11.2013, бессрочная;</p>
--	--	---	---	---

			<p>прессорный (небулайзер) портативный</p> <p>14) Укладка Анти-ВИЧ</p> <p>15) Симулятор кожи</p> <p>16) Муляж тонкой кишки для отработки кишечного шва</p> <p>17) Модель туловища взрослого человека в натуральную величину для отработки навыков дренирования и декомпрессии плевральной полости с возможностью размещения в вертикальном положении, пальпируемыми ребрами и билатеральными заменяемыми вставками.</p> <p>18) Виртуальный хирургический тренажер, обеспечивающий:</p> <p>1. Возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии</p> <p>2. Наличие в меню симулятора эндоскопических инструментов: диссектора, ножниц, зажима, клип аппликатора с клипсами, крючка</p>	<p>лицензия №66015664 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №66015670 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №62674760 от 14.11.2013, бессрочная; лицензия №63121691 от 21.02.2014, бессрочная; лицензия №63173783 от 04.03.2014, бессрочная; лицензия №64345003 от 11.11.2014, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная; лицензия №65090951 от 22.04.2015, бессрочная; лицензия №65455074 от 06.07.2015, бессрочная; лицензия №66455771 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626517 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66626553 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66871558 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №66928174 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №67008484 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68654455 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №68681852 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65493638 от 15.07.2015, бессрочная; лицензия №65770075 от 21.09.2015, бессрочная; лицензия №66140940 от 08.12.2015, бессрочная; лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №67838329 от 15.12.2016, бессрочная; лицензия №67886412 от 12.12.2016, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бес-</p>
--	--	--	---	---

			<p>2. Специализированная мебель и оборудование:</p> <p>1) функциональная с принадлежностями (модель SK031)</p> <p>2) Телефонный аппарат (на видном месте, имитация)</p> <p>3) Тележка на колесиках , в которой размещены оборудование, расходные материалы и лекарственные средства (с подписями).</p>	<p>срочная; лицензия №68868475 от 08.09.2017, бессрочная; лицензия №68918738 от 22.09.2017, бессрочная; лицензия №69044325 от 26.10.2017, бессрочная; лицензия №69087273 от 08.11.2017, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2010 professional plus: лицензия №47139370 от 05.07.2010, бессрочная; лицензия №61449245 от 24.01.2013, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2010 standard: лицензия №60497966 от 08.06.2012, бессрочная; лицензия №64919346 от 17.03.2015, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение ms office 2016 standard: лицензия №66144945 от 09.12.2015, бессрочная; лицензия №66240877 от 28.12.2015, бессрочная; лицензия №68429698 от 11.05.2017, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение abby fine reader 8.0 corporate edition (россия): лицензия № fcrs-8000-0041-7199-5287 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7294-2918 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7382-7237 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7443-6931 от 08.08.2003, бессрочная; лицензия № fcrs-8000-0041-7539-1401 от 08.08.2003, бессрочная.</p> <p>программное обеспечение kaspersky</p>
--	--	--	--	--

				<p>endpoint security 10 для windows (россия) (лицензия №280e-000451-574b9b53 с 21.05.2019 по 25.05.2020) программное обеспечение google chrome (свободное и/или безвозмездное по) программное обеспечение mozilla firefox (свободное и/или безвозмездное по) браузер «yandex» (россия) (свободное и/или безвозмездное по) программное обеспечение 7-zip (россия) (свободное и/или безвозмездное по) программное обеспечение adobe acrobat dc / adobe reader (свободное и/или без- возмездное по)</p>
--	--	--	--	--

## 12.6 ПЕРЕЧЕНЬ СТАНЦИЙ ОБЪЕКТИВНОГО СТРУКТУРИРОВАННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ЭКЗАМЕНА (ОСКЭ) ДЛЯ ПРОВЕРКИ ОСВОЕНИЯ ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА ПРИ ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

№.	Название станции	Ситуации	Проверяемые трудовые функции	Симуляционное и вспомогательное оборудование
	<b>Сердечно-легочная реанимация ребенка от 1 года до 8 лет</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения на своем рабочем месте оказывать помощь ребенку от 1 года до 8 лет без признаков жизни, выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации (далее СЛР), в том числе с использованием автоматического наружного дефибриллятора (далее АНД), находящегося в доступности. Остановка кровообращения у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме. АНД нет в наличии. 2. Остановка кровообращения с ритмом, подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД с детскими электродами. 3. Остановка кровообращения с ритмом, не подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД с детскими электродами. 4. Остановка кровообращения у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии неисправного АНД. 5. Остановка кровообращения с ритмом, подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД без детских электродов. 6. Остановка кровообращения с ритмом, не подлежащим дефибрилляции, у ребенка от 1 года до 8 лет на амбулаторно-поликлиническом приеме при наличии АНД без	Трудовые функции: А/08.8, В/04.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Манекен ребенка 6-8 лет с возможностью регистрации (по завершении) следующих показателей в процентах: 1) глубина компрессий; 2) положение рук при компрессиях; 3) высвобождение рук между компрессиями; 4) частота компрессий; 5) дыхательный объем; 6) скорость вдоха. 2. Учебный автоматический наружный дефибриллятор (АНД)

		детских электродов		
	<b>Сбор жалоб и анамнеза</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом навыков профессионального общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза. Основные задачи станции: сбор жалоб и анамнеза у пациента (его законного представителя), анализ полученной информации, формулирование клинических выводов эксперту-члену аккредитационной подкомиссии Станция разработана для оценки профессиональных навыков общения аккредитуемого с лицом, исполняющим роль пациента. Станция включает оценку навыков общения в ситуации расспроса пациента в части сбора жалоб и анамнеза. Станция не включает оценку навыков проведения «трудных» консультаций с конфликтными, замкнутыми, некомплаентными и др. пациентами, а также с пациентами, испытывающими состояние тревоги, страха, связанными, например, с ожиданием «плохих новостей» о состоянии своего здоровья.	<b>Трудовая функция:</b> общение с пациентами при оказании медицинской помощи, в соответствии с профессиональными стандартами специальностей по приказу Минздрава России от 07.10.2015 №700н (ред. от 09.12.2019) «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».	Станция имитирует рабочее помещение и включает оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):. Стол рабочий 1 шт. 2. Стулья (для врача, пациента и места, куда можно положить вещи пациента) 3 шт. 3. Пеленальный стол (для кабинета педиатра) 1 шт.
	<b>Физикальное обследование пациента (желудочно-кишечный тракт)</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить физикальное обследование желудочно-кишечного тракта пациента с целью выявления хирургических заболеваний и установления диагноза Ситуация (сценарий) 1. Норма 2. Аппендицит 3. Объемное образование 4. Асцит	Трудовые функции: А/01.8, В/01.8 Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза.	Манекен-торс для отработки навыков физикального обследования органов брюшной полости Возможность обеспечения: пальпации, перкуссии, аускультации живота, дифференцирования нормального и патологического состояний органов брюшной полости. Возможность выявления опухолевидных образований и асцита.
	<b>Оказание хирургической помощи при urgentных состояниях</b>	Демонстрация аккредитуемым лицом умения проводить пункцию плевральной полости у ребенка.	Трудовые функции: А/02.8, В/02.8 Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности.	Тренажер для плевральной пункции должен обладать следующими характеристиками. • Тренажер должен представлять анатомическую модель верхней части торса человека, лежащего на спине. • Тренажер должен иметь систему анатомических ориентиров (ключицы, грудина с яремной вырезкой и мечевидным отростком, 1-3 ребра и соответствующие межреберные промежутки, мышечный слой). • Ткани грудной стенки должны быть реалистичны по своим тактильным и механическим свойствам. • Левая и/или правая половина модели по срединно-ключичной

				<p>линии должны содержать встроенный раздуваемый мешок и съемную вставку над ней для выполнения пункционной декомпрессии. • Давление для имитации напряженного пневмоторакса должно создаваться механически с помощью ручной груши или ножного насоса. • В комплекте должны быть несколько сменных вставок, имитирующие по механическим свойствам кожу и мышечный слой. Перечень расходных материалов Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица) 1 Нестерильные перчатки разных размеров 1 пара 2 Пеленка стерильная одноразовая 1 шт. 3 Пеленка стерильная одноразовая с отверстием 10*10 см 1 шт. 4 Пункционная игла (G15) 1,8 x 80 мм 1 шт. 5 Удлинитель 1 шт. 6 Шприц 50 мл с креплением типа Луер Лок (Luer Lock) 1 шт. 7 Зажим 1 шт. 8 Марлевые салфетки в стерильной упаковке 1 уп. 9 Самоклеящаяся пластырная повязка 7*6 см стерильная</p>
	<b>Хирургический практикум</b>	<p>Демонстрация аккредитуемым умения накладывать кожный и подкожный швы. 1 Ситуация (сценарий) 1. Инфильтрационная анестезия (мягких тканей в месте операционного доступа) с дальнейшим наложением кожного шва 2. Инфильтрационная анестезия (мягких тканей в месте операционного доступа) с дальнейшим наложением подкожного шва</p>	<p><b>Трудовые функции:</b> А/02.8, В/02.8 Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности.</p>	<p>Симулятор кожи со следующими техническими характеристиками: возможностью крепления к поверхности стола, наглядной дифференцировкой слоев кожи (эпидермис, дерма, подкожно-жировая клетчатка), тактильной имитацией кожи, продольным кожным дефектом длиной 4 см, наличием диастаза краев раны 10 мм. Иглодержатель Гегара 1 шт. 2 Пинцет хирургический 1 шт. 3 Ножницы Купера 1 шт. 4 Контейнер для сбора отходов класса А 1 шт. 5 Контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. 6 Непрокальываемый контейнер для сбора отходов класса Б 1 шт. 7 Лоток Стерильные перчатки разных размеров 1 пара 2 Шовный материал: монофиламентный синтетический нерассасывающийся полипропилен (например, Пролен) 2/0-3/0 45 см на атравматической колющей игле 19, ½ ИЛИ монофиламентный синтетический рассасывающийся 3/0 45 см на атравматической колющей игле 19, ½</p>

## 12.7 ДОПОЛНЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ

Согласовано:  
Председатель УМК

Утверждаю:  
директор Института ИМФО

\_\_\_\_\_ М.М.Королева

\_\_\_\_\_ Н.И.Свиридова

Протокол № 1 от 29.08.2023 г.

«29 \_\_\_\_» \_\_августа\_\_\_\_ 2023 \_\_ г.

### ПРОТОКОЛ

дополнений и изменений к рабочей программе базовой дисциплины  
««Подготовка к первичной специализированной аккредитации.  
Симуляционный курс» по специальности «**31.08.16 Детская хирургия**»  
на 2023 - 2024 учебный год

№	Предложение о дополнении или изменении к рабочей программе	Содержание дополнения или изменения к рабочей программе	Решение по изменению или дополнению к рабочей программе
1	Дополнение в список литературы	Алгоритмы выполнения практических навыков врача : учебное пособие / И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П. Матвеева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6341-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL :	Внести в список литературы : Алгоритмы выполнения практических навыков врача : учебное пособие / И. О. Бугаева, А. В. Кулигин, З. З. Балкизов, Е. П. Матвеева [и др. ]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-6341-3. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт].

Протокол № 1 утвержден на заседании кафедры  
«28» \_августа\_\_\_\_\_ 2023 года

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_

Ю.И.Веденин