	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	<p>-1-</p>
---	---	---	------------

**Оценочные средства для проведения аттестации
по дисциплине «Детская хирургия»
для обучающихся по специальности 31.05.02 Педиатрия
на 2024-2025 учебный год**

Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации по дисциплине «Детская хирургия».

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины:

Общепрофессиональные компетенции:

ОПК-4, способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

ОПК-6, готовность к ведению медицинской документации

ОПК-8, готовность к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач

Профессиональные компетенции:

ПК-5, готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-6, способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

ПК-8, способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

ПК-9, готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

ПК-10, готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи

ПК-11, готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ПК-20, готовностью к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины

Таблица 10

Уровень сформированности компетенций, определяется как:

Оценка по 5-балльной системе	Оценка по 100-балльной системе	Уровни сформированности компетенций	
5.0	Отлично	91-100	Высокий
4.0	Хорошо	76-90	Средний
3.0	Удовлетворительно	61-75	Низкий
2.0	неудовлетворительно	0-10	Крайне низкий



Таблица 11

Шкала оценивания компетенций

Характеристика ответа	Уровень сформированности компетенций	Баллы в БРС	Оценка
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 студента.	высокий	100–96	5(5+)
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.	высокий	95–91	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 студентом с помощью преподавателя.	средний	90–86	(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 студентом с помощью преподавателя.	средний	85–81	4
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и	средний	80–76	4(4-)



несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.			
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные 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 студент затрудняется исправить самостоятельно.	низкий	75-71	3(3+)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	низкий	70–66	3
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания студентом их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	низкий	65–61	3(3-)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент 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 студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	крайне низкий	60–41	2
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины.	крайне низкий	40–0	2


	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	<p>-1-</p>
---	---	---	------------

Таблица 12

<i>Вопросы для 1 этапа экзамена (тестовый контроль</i>	<i>Проверяемые компетенции</i>
Неотложная абдоминальная и гнойная хирургия	
<p>Червеобразный отросток - это</p> <p>а. рудимент</p> <p>б функциональный орган в порок развития</p> <p>г аномалия</p> <p>д вариант развития</p>	ПК-11
<p>Причина возникновения острого аппендицита</p> <p>а повышение давления в просвете отростка</p> <p>б ангионевротические расстройства</p> <p>в нарушение иммунологического состояния организма</p> <p>г особенности пищевого режима</p> <p>д любой из перечисленных факторов или их комбинация</p>	ОПК-6, ПК-11
<p>При подозрении на аппендицит ректальное исследование:</p> <p>а обязательно</p> <p>б не обязательно</p> <p>в у детей младшего возраста</p> <p>г у девочек</p> <p>д в зависимости от клиники</p>	ОПК-8, ПК-11,
<p>При аппендиците типичный характер стула</p> <p>а запоры</p> <p>б понос</p> <p>в нормальный</p> <p>г каловый завал</p> <p>д любой из перечисленных</p>	ОПК-8, ПК-11,
<p>Симптом Ситковского при остром аппендиците называется</p> <p>а усиление болей при расположении на левом боку</p> <p>б появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного</p> <p>в усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области</p> <p>г усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</p> <p>д правое яичко расположено выше левого</p>	ПК-5, ПК-6
<p>Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является</p> <p>а умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево</p> <p>б гиперлейкоцитоз</p> <p>в лейкопения</p> <p>г отсутствие изменений</p> <p>д ускорение СОЭ</p>	ОПК-6, ПК-20



<p>Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн-Геноха у больного с абдоминальным синдромом является</p> <p>а болезненное опухание суставов</p> <p>б геморрагические высыпания на коже</p> <p>в гематурия, альбуминурия</p> <p>г появление точечных кровоизлияний после щипка кожи</p> <p>д комбинация перечисленных симптомов</p>	ОПК-6, ПК-20
<p>Типичным признаком острого энтероколита при болевом абдоминальном синдроме является</p> <p>а погрешность в диете</p> <p>б учащенный стул, урчание в животе, умеренное его вздутие</p> <p>в болезненность при пальпации по ходу ободочной кишки</p> <p>г отсутствие перитонеального признака</p> <p>д комбинация перечисленных симптомов</p>	ОПК-6, ПК-20
<p>У ребенка клиническая картина характерна для острого мезоаденита. В этом случае необходимы</p> <p>а наблюдение</p> <p>б срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области</p> <p>в лапароскопия</p> <p>г назначение антибактериальной терапии</p> <p>д перевод больного в терапевтическое отделение</p>	ПК-5, ПК-8
<p>Из перечисленных заболеваний, сопровождающихся почечной коликой, может симулировать острый аппендицит</p> <p>а опухоль правой почки</p> <p>б мочекаменная болезнь</p> <p>в нефроптоз</p> <p>г острый пиелонефрит</p> <p>д любое из перечисленных</p>	ОПК-6
<p>Из перечисленных заболеваний может симулировать острый аппендицит</p> <p>а орхоэпидидимит</p> <p>б перекрут гидатиды яичка</p> <p>в перекрут яичка</p> <p>г правосторонний фуникулит</p> <p>д любое из перечисленных</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
<p>Основной путь улучшения результатов лечения больных с острым аппендицитом</p> <p>а повышение уровня подготовки врачей-хирургов</p> <p>б повышение уровня знаний смежных специалистов</p> <p>в совершенствование уровня знаний врачей скорой и неотложной помощи</p> <p>г совершенствование санитарно - просветительской работы</p> <p>д комплекс перечисленных мероприятий</p>	ОПК-4, ПК-20,
<p>Больной острым аппендицитом в постели занимает положение</p> <p>а на спине</p> <p>б на животе</p> <p>в на правом боку с приведенными ногами</p> <p>г на левом боку</p> <p>д сидя</p>	ПК-5, ПК-6



<p>Для больного с абдоминальным болевым синдромом при вирусном гепатите характерны: а диспептические расстройства, артралгия, анорексия, слабость, катаральные явления б гепатомегалия в лейкопения, лимфоцитоз г повышение активности ферментов в сыворотке крови д комплекс перечисленных признаков</p>	ПК-6
<p>Для больного с абдоминальным болевым синдромом в продромальном периоде кори характерны: а гипертермия б конъюнктивит, светобоязнь в наличие пятен Коплика на слизистых г головная боль, носовое кровотечение, раздражительность д все перечисленные признаки</p>	ПК-5, ПК-6
<p>Трехлетний ребенок госпитализирован 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: а ввести промедол б ввести седуксен в ввести спазмолитики г сделать теплую ванну д осмотреть ребенка в состоянии естественного сна</p>	ПК-8, ПК-11
<p>Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившем в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена а 3 часами б 6 часами в 12 часами г 18 часами д 24 часами</p>	ПК-8
<p>Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного - острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить а срединную лапаротомию б лапаротомию разрезом по Пфаненштилю в лапаротомию разрезом в правой подвздошной области г лапароскопия д динамическое наблюдение</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8
<p>У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет: а наблюдение б консервативное лечение в лапароскопия г лапаротомия в правой подвздошной области д срединная лапаротомия</p>	ПК-8, ПК-11



<p>Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:</p> <ul style="list-style-type: none">а локальная боль и рвотаб напряжение мышц брюшной стенки и рвотав напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненностьг симптом Щеткина и рвотад жидкий стул и рвота	ПК-6, ПК-9
<p>У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none">а одномоментное введение антибиотиковб резиновый выпускникв марлевый тампонг промывание брюшной полостид тампон Микулича	ПК-8, ПК-11
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:</p> <ul style="list-style-type: none">а одномоментное введение антибиотиковб резиновый выпускникв марлевый тампонг промывание брюшной полостид тампон Микулича	ПК-8, ПК-11
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:</p> <ul style="list-style-type: none">а микроирригаторб промывание брюшной полостив марлевый тампонг тампон Микуличад резиновый выпускник	ПК-8, ПК-11,
<p>У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:</p> <ul style="list-style-type: none">а стационарное наблюдениеб амбулаторное наблюдениев антибиотики, физиотерапия, наблюдениег срочная операцияд операция в плановом порядке	ПК-8, ПК-11
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить</p> <ul style="list-style-type: none">а одномоментной санацией брюшной полости путем промыванияб лаважом брюшной полости после операциив лапаростомиейг ввести микроирригаторыд дренирование брюшной полости в подвздошных областях	ПК-8, ПК-11



<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Гнойный выпот во всех отделах брюшной полости. Межпетлевые гнойники. Выраженные фибриновые наложения и инфильтрация тканей. Выраженный парез кишечника. Ему следует выполнить</p> <p>а лаваж брюшной полости после операции б лапаростомию в одномоментную санацию брюшной полости путем промывания г аппендэктомию, перидуральную анестезию д дренирование брюшной полости в подвздошных областях</p>	ПК-8, ПК-11
<p>13. Оптимальной комбинацией антибактериальных препаратов после операции по поводу тяжелой формы аппендикулярного перитонита является:</p> <p>а пенициллин и канамицин б ампициллин и гентамицин в цефалоспорины и аминогликозиды г цефалоспорины и трихопол д цефалоспорины, гентамицин и трихопол</p>	ПК-8, ПК-9, ПК-11
<p>Холодный аппендикулярный инфильтрат обнаружен во время операции. Операция должна быть закончена</p> <p>а разделение инфильтрата, аппендэктомией б марлевым тампоном к инфильтрату в микроирригатором г резиновым выпускником д ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции</p>	ПК-8, ПК-11
<p>Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания - 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет</p> <p>а аппендэктомия обычным способом б отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей в аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника г отказ от аппендэктомии, оставление местно микроирригатора д пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование</p>	ПК-8, ПК-11
<p>У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана:</p> <p>а срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости б ревизия через доступ в правой подвздошной области в наблюдение, проведение консервативных мероприятий г лапароцентез д лапароскопия</p>	ПК-8, ПК-11
Плановая хирургия	



<p>Паховая грыжа формируется</p> <p>А. на 2-3 неделе эмбрионального развития</p> <p>Б. на 7-8 неделе эмбрионального развития</p> <p>В. на 5-6 месяце эмбрионального развития</p> <p>Г. на 7-8 месяце эмбрионального развития</p> <p>Д. может формироваться на любом этапе</p>	ПК-5
<p>Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является</p> <p>А. слабость апоневроза наружной косой мышцы живота</p> <p>Б. чрезмерные физические нагрузки</p> <p>В. повышение внутрибрюшного давления</p> <p>Г. слабость поперечной фасции</p> <p>Д. нарушение развития мезенхимальной ткани</p>	ПК-9
<p>Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является</p> <p>А. тошнота и рвота</p> <p>Б. подъем температуры</p> <p>В. эластическое выпячивание в паховой области</p> <p>Г. боли в животе</p> <p>Д. плохой аппетит</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-10,
<p>Дифференциальную диагностику пахово-мошоночной грыжи чаще всего приходится проводить</p> <p>А. с орхитом</p> <p>Б. с водянкой оболочек яичка</p> <p>В. с варикоцеле</p> <p>Г. с перекрутом гедатиды</p> <p>Д. с орхоэпидидимитом</p>	ОПК-6, ПК-10, ПК-11
<p>Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является</p> <p>А. частое ущемление</p> <p>Б. возраст после двух лет</p> <p>В. установление диагноза</p> <p>Г. возраст после 5 лет</p> <p>Д. диаметр выпячивания свыше 3 см</p>	ПК-6, ПК-11
<p>Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст</p> <p>А. сразу после установления диагноза</p> <p>Б. до 6 мес</p> <p>В. 1-3 года</p> <p>Г. старше 6 лет</p> <p>Д. старше 10 лет</p>	ПК-9
<p>Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно</p> <p>А. у девочек</p> <p>Б. у мальчиков</p> <p>В. у больных старше 2-х лет</p> <p>Г. при часто ущемляющейся независимо от возраста</p> <p>Д. у больных старше 5 лет</p>	ПК-6, ПК-11



<p>В послеоперационный период после грыжесечения необходимы</p> <p>А. физиотерапия Б. массаж В. щадящий режим 2 недели Г. ограничение физической нагрузки на 1 год Д. постельный режим на 1 неделю</p>	ПК-8, ПК-11
<p>Осложнения после грыжесечения обусловлены</p> <p>А. техническими погрешностями Б. возрастом ребенка В. степенью диспластических изменений Г. сопутствующими пороками Д. операцией по экстренным показаниям</p>	ПК-20
<p>Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости</p> <p>А. от возраста ребенка Б. от сопутствующих пороков В. от опыта хирурга Г. от операции в плановом или экстренном порядке Д. от пола ребенка</p>	ПК-20
<p>Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена</p> <p>А. повышением внутрибрюшным давлением Б. диспропорцией кровеносной и лимфатической системы В. травмой пахово-мошоночной области Г. незаращением вагинального отростка Д. инфекцией мочевыводящих путей</p>	ПК-5, ПК-20,
<p>Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка</p> <p>А. сообщающиеся Б. несообщающиеся В. посттравматической Г. физиологической Д. остро возникшей</p>	ПК-5, ПК-20,
<p>Для островозникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является</p> <p>А. появление припухлости в одной половине мошонки Б. ухудшение общего состояния В. подъем температуры Г. резкая болезненность Д. гиперемия мошонки</p>	ПК-6, ПК-20
<p>Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка производится со всеми следующими заболеваниями, кроме</p> <p>А. паховой грыжи Б. крипторхизма В. перекрута и некроза яичка Г. пахового лимфаденита Д. варикоцеле</p>	ПК-5, ПК-6, ПК-8



<p>Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного 1,5 лет предусматривает</p> <ul style="list-style-type: none">А. оперативное лечение в плановом порядкеБ. наблюдение до 3-4 летВ. наблюдение до 1,5-2 лет и решение вопроса о плановой операцииГ. пункциюД. экстренную операцию	ОПК-6, ОПК-8
<p>Показанием к операции Венкельмана является</p> <ul style="list-style-type: none">А. водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервыеБ. мутная водяночная жидкостьВ. изменение оболочки яичкаГ. облитерированный вагинальный отростокД. все перечисленное	ПК-6, ПК-11
<p>В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимы</p> <ul style="list-style-type: none">А. физиотерапияБ. массажВ. обычный образ жизниГ. ограничение физической нагрузки на 1 годД. постельный режим	ПК-9, ПК-20,
<p>Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены</p> <ul style="list-style-type: none">А. возрастом ребенкаБ. сопутствующими порокамиВ. запоздалой операциейГ. техническими погрешностямиД. патологией верхних мочевыводящих путей	ПК-9, ПК-20,
<p>Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен</p> <ul style="list-style-type: none">А. видом оперативного вмешательстваБ. предшествующей гормональной терапиейВ. попыткой лечения пункционным способомГ. сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы	ПК-9, ПК-20,
<p>Модуль 3-4. Травматология и ортопедия</p>	
<p>Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. дисплазия тазобедренного суставаВ. врожденная косорукостьС. амниотические перетяжкиД. патологический вывих бедраЕ. болезнь Клиппеля-Фейля	ПК-6, ПК-9



<p>Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:</p> <ul style="list-style-type: none">А. бытовойВ. уличныйС. школьныйД. спортивныйЕ. прочий	ОПК-4, ПК-20
<p>Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:</p> <ul style="list-style-type: none">А. поврежденияВ. ожогиС. инородные телаД. отравленияЕ. огнестрельные повреждения	ОПК-4, ПК-20
<p>Повреждения, возникающие во дворе во время игры со сверстниками, следует отнести:</p> <ul style="list-style-type: none">А. к бытовому травматизмуВ. к уличному травматизмуС. к транспортному травматизмуД. к спортивному травматизмуЕ. к прочему травматизму	ОПК-4, ПК-20
<p>Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none">А. в емкости, наполненной водой с температурой 36⁰ и асептической повязкой на раневой поверхности сегментаВ. в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4⁰С. не имеет значенияД. при отрицательной температуреЕ. при температуре около 40⁰	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11
<p>Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. побледнение конечности, резкая болезненностьВ. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульсаС. характерных клинических проявлений нетД. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности	ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-20
<p>Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по венозному типу является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульсаВ. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечностиС. характерных клинических проявлений нет	ПК-5, ПК-6, ПК-11, ПК-20



<p>D. синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс</p> <p>E. отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс</p>	
<p>Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:</p> <p>A. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов</p> <p>B. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов</p> <p>C. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча</p> <p>D. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча</p> <p>E. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава</p>	ПК-8, ПК-9, ПК-11
<p>Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:</p> <p>A. циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов</p> <p>B. гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов</p> <p>C. гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра</p> <p>D. гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра</p> <p>E. циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава</p>	ПК-8, ПК-9, ПК-11
<p>Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:</p> <p>A. начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование</p> <p>B. произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух</p> <p>C. с противошоковой целью ввести наркотики</p> <p>D. до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается</p> <p>E. пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А. В. Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза</p>	ОПК-6, ОПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11



<p>Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает:</p> <ul style="list-style-type: none">А. оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей, временную остановку кровотечения, местное обезболиваниеВ. переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотеченияС. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиковД. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенацииЕ. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков	<p>ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11</p>
<p>Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. проксимальный эпифиз плечевой костиВ. дистальный эпифиз плечевой костиС. проксимальный эпифиз бедренной костиД. дистальный эпифиз бедренной костиЕ. проксимальный эпифиз большой берцовой кости	<p>ПК-5, ПК-6</p>
<p>Чаще всего возникает родовой эпифизеолиз дистального эпифиза плечевой кости при следующем виде акушерского пособия:</p> <ul style="list-style-type: none">А. тракция за головку плодаВ. поворот плода за ручкуС. тракция за тазовый конецД. при выпадении рукиЕ. при выведении заднего плечика	<p>ПК-5, ПК-6</p>
<p>Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизиолиза дистального конца плечевой кости, является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. деструкция метафиза плечевой костиВ. наличие видимого костного отломкаС. нарушение соосности плечевой кости и костей предплечьяД. видимая костная мозольЕ. луковичный периостит	<p>ПК-5, ПК-6</p>
<p>Типичной ошибкой при акушерском пособии, в результате которой происходит перелом ключицы, является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. неправильное выведение заднего плечикаВ. неправильное выведение переднего плечикаС. тракция плода за тазовый конецД. поворот плода за ручкуЕ. несвоевременная стимуляция родовой деятельности	<p>ОПК-4, ПК-6, ПК-10, ПК-11</p>



<p>Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. гематома в области плечевого суставаВ. крепитация отломковС. гемипарезД. реакция на болевое ощущение при пеленанииЕ. нарушение кровообращения	ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
<p>Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. фиксация ручки к туловищу ребенкаВ. лейкопластырное вытяжениеС. гипсовая повязкаД. повязка ДезоЕ. торакобрахиальная гипсовая повязка с отведением плеча (90 гр) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90 гр)	ПК-8, ПК-11
<p>При выборе факторов, связанных с возникновением родовой черепной травмы, в основном является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. механическийВ. токсикоз, заболевание сердечно-сосудистой системыС. внутриутробная гипоксия плодаД. неправильное положение плодаЕ. многофакторный генез, включающий все вышеперечисленные факторы	ОПК-4, ПК-20
<p>Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:</p> <ul style="list-style-type: none">А. лечения не требуетВ. интенсивную инфузионную терапиюС. хирургическую коррекцию методом репозицииД. резекционную трепанацию черепаЕ. резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой	ПК-8, ПК-11, ПК-20
<p>Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:</p> <ul style="list-style-type: none">А. печень, селезенкаВ. тонкая кишкаС. толстая кишкаД. мочевого пузыряЕ. почки	ПК-5
<p>Правильным ответом при определении "ранения мягких тканей" будет:</p> <ul style="list-style-type: none">А. ушибВ. ссадинаС. гематомаД. отекЕ. рана	ПК-5, ПК-20



<p>Оптимальная лечебная тактика при ушибленной ране волосистой части головы включает:</p> <ul style="list-style-type: none">A. иссечение краев раны с наложением швовB. наложение швов после орошения раны антибиотикамиC. иссечение краев раны, осмотр неповрежденной надкостницы, швы на рануD. остановка кровотечения, туалет раны, повязкаE. иссечение краев раны, осмотр кости, швы на рану при отсутствии переломов кости	<p>ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11</p>
<p>При травматической отслойке кожи жизнеспособность ее страдает в меньшей степени в случае:</p> <ul style="list-style-type: none">A. размножения подкожной клетчатки в месте травмы (1-й тип)B. отслойки кожи вместе с подлежащими тканями (2-й тип)C. смешанном варианте отслойки кожи, при котором большая часть клетчатки сохранена (3-й тип)D. 2-м и 3-м типе отслойки кожиE. отслойки кожи в пределах 200 кв. см.	<p>ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11</p>
<p>Острые ишемические расстройства (ОИР) по массе кисть-предплечье угрожают жизни больного, если продолжительность компрессионной травмы составляет:</p> <ul style="list-style-type: none">A. 15 минB. 30 минC. 45 минD. 60 минE. более 1.5 часа	<p>ПК-6, ПК-8, ПК-10,</p>
<p>При открытых переломах кости с повреждением сосудов, нервов и сухожилий лечение включает:</p> <ul style="list-style-type: none">A. выведение больного из шока, временную остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раныB. временную остановку кровотечения, противошоковую терапию, хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раныC. хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, выведение больного из шокаD. хирургическую обработку раны, остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, остеосинтезE. остеосинтез, шов нерва, сосудистый шов, выведение больного из шока, зашивание раны	<p>ОПК-4, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11</p>



<p>При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:</p> <ul style="list-style-type: none">А. анатоксин столбнячный + противостолбнячную сывороткуВ. противостолбнячный человеческий иммуноглобулинС. противостолбнячную сывороткуД. анатоксин столбнячныйЕ. ничего из перечисленного	ОПК-8, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-20
<p>Критерием, по которому оценивают степень тяжести черепно-мозговой травмы, является:</p> <ul style="list-style-type: none">А. состояние сознанияВ. состояние жизненно-важных функцийС. состояние чувствительной реакции на больД. глазные реакцииЕ. все перечисленное	ПК-5, ПК-9, ПК-10, ПК-11
<p>Оптимальный объем диагностического обследования при черепно-мозговой травме включает:</p> <ul style="list-style-type: none">А. осмотр невропатолога, краниографию, УЗИ и компьютерную томографиюВ. рентгенографию, УЗИС. пневмоэнцефалографию, УЗИ, компьютерную томографиюД. электроэнцефалографию	ПК-5, ПК-9, ПК-10, ПК-11
<p>Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none">А. кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезиюВ. потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматикуС. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвотуД. глубокую кому после сомнительной связи с травмойЕ. гемипарез при ясном сознании	ОПК-6, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11
<p>К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится:</p> <ul style="list-style-type: none">А. коммоционный синдромВ. подбололочное кровоизлияниеС. ушиб головного мозгаД. родовая черепно-мозговая травмаЕ. внутричерепная гематома	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11
Урология	
<p>Визуальная оценка выделенной мочи у детей важна:</p> <ul style="list-style-type: none">а) при пиурииб) при альбуминуриив) при микрогематурииг) при макрогематуриид) при оксалурии	ПК-5, ПК-6



<p>Олигурия у детей характерна:</p> <ul style="list-style-type: none">а) для несахарного диабетаб) для хронического пиелонефритав) для острого гломерулонефритаг) для узелкового периартериитад) для туберкулеза почек	ПК-5, ПК-6
<p>Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) в поясничной областиб) в наружном крае прямых мышцв) в надлобковой областиг) в промежности	ПК-5, ПК-6
<p>Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) вторичное сморщивание почки правб) вторичное камнеобразованиев) девиация мочеточникаг) ложный гидронефрозд) некротический папиллит	ПК-5, ПК-6
<p>Двустороннюю тотальную макрогематурию у детей может вызвать:</p> <ul style="list-style-type: none">а) мочекаменная болезньб) гидронефрозв) острый гломерулонефритг) опухоль почкид) парапельвикальная киста почки	ПК-5, ПК-6
<p>Односторонняя макрогематурия у детей является патогномичным симптомом:</p> <ul style="list-style-type: none">а) при болезни Верльгофаб) при травме почкив) при остром гломерулонефритег) при поликистозед) при опухоли почки	ПК-5, ПК-6
<p>При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ретроградную пиелографиюб) экскреторную урографиюв) цистоскопиюг) цистоуретрографиюд) ультразвуковое сканирование	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
<p>При анурии у детей противопоказана:</p> <ul style="list-style-type: none">а) обзорная рентгенография органов мочевой системыб) экскреторная урографияв) цистоуретрографияг) ретроградная пиелографияд) цистоскопия	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11



Не требует лечения у детей: а) ренальная форма анурии б) экстраренальная форма анурии в) субренальная форма анурии г) физиологическая анурия новорожденных д) аренальная форма анурии	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
10 Болевой синдром у детей характерен: а) для ренальной формы анурии б) для экстраренальной формы анурии в) для субренальной формы анурии г) для рефлекторной формы анурии д) для аренальной формы анурии	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
Не является следствием патологического состояния органов мочевой системы у детей: а) экстраренальная форма анурии б) субренальная форма анурии в) преренальная форма анурии г) ренальная форма анурии д) аренальная форма анурии	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
Рентгенологически феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом: а) обтурации мочеточника камнем б) вторично сморщенной почки в) острого необструктивного пиелонефрита г) травмы почки д) опухоли почки	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
Проведение цистоскопии у детей в экстренном порядке показано: а) при почечной колике б) при макрогематурии в) при анурии г) при острой задержке мочи д) при гипертоническом кризе	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: а) перемежающийся гидронефроз б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс в) гипоплазия почки г) удвоение верхних мочевых путей	ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11
Торакальная хирургия:	



<p>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</p> <p>а. гипоплазия легкого б. аплазия легкого в. агенезия легкого г. ателектаз д. буллы</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>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 bronchi. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а. бронхоэктазия б. агенезия легкого в. аплазия легкого г. гипоплазия легкого д. ателектаз</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>На 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</p> <p>а. бронхоэктазия б. агенезия легкого в. кистозная гипоплазия г. гипоплазия легкого д. аплазия легкого</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз</p> <p>а. абсцесс легкого б. пневмоторакс в. буллезная форма бактериальной деструкции легких г. пиоторакс д. пиопневмоторакс</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а. пиопневмоторакс б. буллезная форма бактериальной деструкции легких в. абсцесс легкого г. пиоторакс д. медиастинальная эмфизема</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>



<p>На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз</p> <p>а. осумкованный плеврит б. ограниченный пиопневмоторакс в. пиопневмоторакс г. напряженный пиопневмоторакс д. буллезная форма бактериальной деструкции легких</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При пиотораксе лечение предусматривает</p> <p>а. интенсивную терапию без вмешательства в очаг б. дренирование плевральной полости по Бюлау в. пункцию плевральной полости г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией д. бронхоскопию</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При тотальной эмпиеме плевры лечение предусматривает</p> <p>а. пункцию плевральной полости б. интенсивную терапию без вмешательства в очаг в. дренирование плевральной полости по Бюлау г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией д. торакоскопию с ультразвуковой санацией</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>У больного простой пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:</p> <p>а. бронхоблокаду б. плевральную пункцию в. дренирование плевральной полости по Бюлау г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией д. катетеризацию бронха</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При напряженном пневмотораксе с бронхиолярным свищем тактика лечения включает</p> <p>а. плевральную пункцию б. бронхоблокаду в. ренирование плевральной полости по Бюлау г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией д. выжидательную тактику</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:</p> <p>а. плевральную пункцию б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией в. дренирование плевральной полости по Бюлау г. радикальную операцию д. торакоскопию с ультразвуковой санацией</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При хронической эмпиеме плевры лечение включает</p> <p>а. плевральную пункцию б. дренирование по Бюлау в. радикальную операцию г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией д. бронхоскопию</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>



<p>При фибротораксе оптимальным методом лечения является</p> <ul style="list-style-type: none">а. радикальная операцияб. выжидательная тактикав. плевральная пункцияг. дренирование плевральной полостид. бронхоскопия	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
<p>Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме - тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none">а. абсцесс легкогоб. напряженная киста легкогов. нагноившаяся киста легкогог. булла	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
<p>У ребенка киста легкого осложнилась нагноением в плевральную полость. Ему следует рекомендовать:</p> <ul style="list-style-type: none">а. консервативное лечениеб. оперативное лечениев. дренирование по Бюлауг. дренирование с активной аспирациейд. выжидательную тактику	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
<p>У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает</p> <ul style="list-style-type: none">а. пункцию кистыб. дренирование кистыв. радикальную операциюг. консервативную терапиюд. выжидательную тактику	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
<p>Больного беспокоит постоянный рефлексорный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none">а. баллотирующее инородное тело трахеиб. инородное тело бронхав. фиксированное инородное тело трахеиг. инородное тело наружных элементов гортанид. инородное тело сегментарного бронха	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
<p>Медиастиниты у детей чаще всего возникают</p> <ul style="list-style-type: none">а. при бактериальных деструкциях легкихб. при опухолях средостенияв. при кистах средостенияг. при перфорации пищеводад. при перикардите	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11



<p>Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза незрелости кардиального отдела пищевода дает</p> <p>а. контрастное обследование пищевода в положении стоя</p> <p>б. жесткая эзофагоскопия</p> <p>в. контрастное обследование пищевода в положении лежа</p> <p>г. фиброэзофагоскопия</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Поставить диагноз ахалазия пищевода можно с уверенностью</p> <p>а. в период новорожденности</p> <p>б. от 1 до 3 мес</p> <p>в. от 3 до 6 мес</p> <p>г. от 6 мес до года</p> <p>д. старше года</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:</p> <p>а. смещение средостения влево</p> <p>б. расширение тени средостения</p> <p>в. смещение средостения вправо</p> <p>г. отсутствие газового пузыря</p> <p>д. высокое стояние левого купола диафрагмы</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются</p> <p>а. дисфагия</p> <p>б. регургитация</p> <p>в. рецидивирующая пневмония</p> <p>г. пищеводная рвота</p> <p>д. рвота с желудочным содержимым</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При ахалазия пищевода показана</p> <p>а. эзофагогастромиотомия</p> <p>б. гастростомия</p> <p>в. эзофагогастрофундопликация</p> <p>г. эзофагогастромиотомия с эзофагогастрофундопликацией</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является</p> <p>а. рвота</p> <p>б. икота</p> <p>в. дисфагия</p> <p>г. регургитация</p> <p>д. саливация</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести</p> <p>а. холодной водой</p> <p>б. водой комнатной температуры</p> <p>в. горячей водой</p> <p>г. подкисленным раствором</p> <p>д. щелочным раствором</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>



<p>Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести</p> <p>а. на 1-2-е сутки б. на 3-4-е сутки в. на 5-6-е сутки г. на 10-е сутки д. на 12-е сутки</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При свежем ожоге пищевода следует сделать предпочтение</p> <p>а. "слепому" методу бужирования б. через эзофагоскоп в. за нитку г. ретроградному бужированию д. не бужировать</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фиброзные наложения. Это соответствует</p> <p>а. легкой степени ожога б. средней степени ожога в. тяжелой степени ожога г. нет ожога д. очень тяжелой степени ожога</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>Раннее бужирование пищевода абсолютно показано при ожоге</p> <p>а. первой степени б. второй степени в. третьей степени г. четвертой степени д. без установления степени</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>У больного при эзофагоскопии после приема уксусной эссенции обнаружен пятнистый эзофагит. Ему следует рекомендовать:</p> <p>а. раннее бужирование б. позднее бужирование в. курс лечебных эзофагоскопий г. диетотерапия д. наблюдение</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При подозрении на перфорацию пищевода целесообразно применять в качестве контрастного вещества</p> <p>а. барий б. воздух в. масляные контрастные вещества г. сергозин д. водорастворимые контрастные вещества</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>
<p>При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении</p> <p>а. стоя б. лежа на животе в. лежа на спине г. лежа на левом боку</p>	<p>ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11</p>



д. лежа на правом боку	
Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана а. при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода б. при повреждении пищевода с повреждением плевры в. при непроникающем ранении пищевода г. при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см д. при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
Кормление через рот возможно а. при свежей перфорации инородным телом б. при поверхностных ссадинах в. при повреждении слизистой до мышечного слоя г. при интрамуральном ложном ходе	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать а. курс лечебных эзофагоскопий б. введение зонда в желудок и консервативная терапия в. перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию г. срочную операцию д. гастростомию	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
ребенок 2 лет проглотил 5 копеечную монету, появилась саливация и дисфагия. Лечился на дому. Через 48 часов состояние больного резко ухудшилось, повысилась температура, появились боли за грудиной.	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
Больному необходимы а. удаление инородного тела с последующим курсом лечебных эзофагоскопий б. срочная операция после удаления инородного тела в. введение зонда в желудок и консервативная терапия г. удаление инородного тела и гастроскопия д. удаление инородного тела	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
У ребенка имеется перфорация пищевода. Для уточнения характера повреждения решено выполнить фиброэзофагоскопию а. под местной анестезией б. без обезболивания в. под перидуральной анестезией г. под внутренним обезболиванием д. под интубационным наркозом с миорелаксантами	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11
Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей а. френоперикардиальная б. передние в. пищеводного отверстия г. задние ложные д. истинные	ПК_5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК 11


	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	-1-
---	---	---	-----

Таблица 13

№ п/п	Вопросы для 2 этапа экзамена (контроль освоения практических навыков)	Проверяемые компетенции
1	Курация больного.	ОПК-1, ОПК-4
2	Интерпретация результатов лабораторных и инструментальных методов обследования	ОПК-1, ОПК-9
3	Оказание неотложной помощи	ОПК-1, ОПК-8, ОПК-11
4	Врачебная манипуляция. Выписать рецепт.	ОПК-1, ОПК-6

Таблица 14

№	Практический навык	Проверяемые компетенции
1	Собрать анамнез хирургического больного	ОПК-4, ОПК-6, ПК-4
2	Провести осмотр ребенка и выделить ведущие симптомы хирургической болезни	ОПК-4, ПК-6
3	Составить план обследования больного с хирургическим заболеванием;	ОПК-8, ПК-6, ПК -10, ПК-11
4	Обосновать диагноз, оформить историю болезни больного с хирургической патологией в стационаре,	ОПК-6, ПК-11, ПК-6,
5	Составить план лечения больного с учетом возраста, преморбидного фона ребенка, тяжести и диагноза;	ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК -8
6	Назначить и уметь интерпретировать результаты лабораторных анализов и дополнительных методов обследования	ПК-5, ПК -8
7	Провести следующие диагностические манипуляции (зондирование желудка, установка уретрального катетера, определение группы крови, подготовить системы для внутривенного вливания, провести пункцию периферической вены).	ОПК-9, ПК-5, ПК-8, ПК-9
8	Провести обследование новорожденного при подозрении на хирургическую патологию (диафрагмальная грыжа, кишечная непроходимость, аноректальный порок развития, врожденную патологию, сопровождающуюся клиникой дыхательной недостаточности)	ОПК-4, ОПК -5, ПК -10, ПК -11,
9	Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе (гипертермическом синдроме, судорожном синдроме, инфекционно-токсическом шоке, дегидратации, гиповолемическом шоке, ДН).	ОПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
10	Оказать неотложную помощь ребенку с неотложными состояниями в стационаре (при острой ДН, острой СС недостаточности, обструкции дыхательных путей, наложить гипсовую лонгету при переломе конечностей)	ОПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11



Провести обследование при:

- синдроме острого живота;
- люстрой кишечной непроходимости;
- врожденной кишечной непроходимости;
- кровотечении из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта;
- гнойно – воспалительных заболеваниях мягких тканей, костей и суставов;
- пороках развития и заболеваниях легких;
- деструктивной пневмонии, плевропневмонии;
- пороках развития пищевода;
- ожогах пищевода;
- диафрагмальной грыже;
- пороках развития верхних и нижних мочевых путей;
- паховой грыже, водянке оболочек яичка, крипторхизме, гипоспадии, варикоцеле;
- врожденном вывихе бедра;
- врожденной кривошее;
- переломах и вывихах костей конечностей;
- черепно – мозговой травме;
- гемангиомах, лимфангиомах, пигментных пятнах.

Интерпретировать результаты исследований:

- показателей периферической крови при различных гнойно – септических состояниях у детей;
- анализов мочи при пороках развития и заболеваниях мочевыделительной системы
- кислотно – основного состояния и газов крови;
- биохимических показателей крови;
- данные УЗИ при пороках и заболеваниях почек;
- рентгенологического исследования при кишечной непроходимости;
- рентгенологического исследования при некротическом энтероколите;
- рентгенологического исследования при остеомиелите;
- рентгенологического исследования при гидронефрозе, уретерогидронефрозе;
- рентгенологического исследования при типичных переломах костей;
- рентгенологического исследования при врожденном вывихе бедра;
- рентгенологического исследования при пневмотораксе, пиопневмотораксе, врожденной долевой эмфиземе, кистах легких;
- рентгенологического исследования при диафрагмальной грыже;
- рентгенологического исследования при атрезии пищевода,
- рентгенологического исследования при ателектазе легкого.

Провести диагностические и лечебные манипуляции:

- ректальное обследование;
- очистительную и сифонную клизмы;
- наложить бактерицидную повязку;
- выполнить плевральную пункцию;
- наложить транспортную шину;
- наложить вытяжение по Шеде;
- зондирование, промывание желудка;
- катетеризацию мочевого пузыря.

Оказать неотложную помощь при:

- при болевом шоке;
- острой дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапах;
- остановке дыхания;



- остановке сердца;
- ожоге пищевода;
- геморрагическом шоке;
- острой дегидратации.

Организовать транспортировку:

- новорожденных с хирургической патологией;
- детей в критическом состоянии.

Образец типового билета для 2 этапа промежуточной аттестации (оценка практических навыков)

1. Курация больного (написать историю болезни)
2. Провести обследование ребенку 5 лет с клиникой дыхательной недостаточности:
Рентгенограмма органов грудной клетки (прилагается).
Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 110 г/л, цветной показатель 0,88, лейкоциты $16,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные 12%, сегментоядерные 62 %, лимфоциты 18%, моноциты 8%, СОЭ 18мм/час.
Общий анализ мочи: цвет – светло-желтый, реакция кислая, удельный вес 1022, белок – отр., желчные пигменты, уробилин – отр., лейкоциты – 1-2 в поле зрения, эритроциты – отр., эпителий плоский 1-3 в поле зрения, цилиндры – отр.
3. Оказать неотложную помощь ребенку с ожогом пищевода уксусной эссенцией на госпитальном и догоспитальном этапах.


Таблица 15


№п/п	3 этап промежуточной аттестации (итоговое собеседование в устной форме по контрольным вопросам билета и клинической ситуационной задаче)	Проверяемые компетенции
1	Аномалии развития верхних конечностей. Классификация. Методы и сроки консервативного и оперативного лечения. Диспансеризация.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
2	Аномалии развития почек (аплазия, гипоплазия, дистопия, кисты). Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
3	Паховая грыжа. Классификация. Клиника, диагностика. Показания, сроки и методы оперативного лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
4	Странгуляционная непроходимость кишечника. Роль врожденных аномалий в возникновении непроходимости (дивертикул Меккеля, дефекты брыжейки, аномалии фиксации кишечника). Клиника, диагностика. Показания и сроки оперативного лечения	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
5	Желудочно-пищеводный рефлюкс. Классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
6	Аномалии развития мочеточников у детей (удвоение почек и мочеточников, уретероцеле, эктопия и дистопия устья мочеточника). Клиника, диагностика. Показания и виды хирургического лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20



7	Опухоли грудной полости. Эмбриогенез пороков развития. Клиника, диагностика, лечебная тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
8	Черепно-мозговая травма. Классификация. Особенности клиники и диагностики у детей раннего возраста. Основные принципы лечения. Диспансеризация.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
9	Заболевания молочных желез у детей. Аномалии развития, гинекомастия, воспалительные заболевания, опухоли. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
10	Аномалии развития головы и шеи (синдром Пьера-Робина, ранула, атрезия хоан, короткая уздечка языка, макроглоссия). Клиника, диагностика, лечебная тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
11	Врожденная мышечная кривошея. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение (консервативное и хирургическое). Сроки и методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
12	Заболевания прямой кишки (геморрой, трещины, полип, парапроктит). Клиника, диагностика, лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
13	Острый аппендицит. Классификация, особенности клиники у детей раннего возраста. Основные симптомы и синдромы. Диагностика. Методы лечения	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
14	Укусы собак и синотропных животных. Профилактика бешенства. Показания к назначению антирабических препаратов.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
15	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Клиника, диагностика. Тактика лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
16	Острый гематогенный остеомиелит. Современная классификация. Клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
17	Синдром мальротации. Эмбриогенез, клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
18	Пороки развития пищевода (атрезия пищевода, ахалазия пищевода, врожденный стеноз пищевода, изолированный трахеопищеводный свищ). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
19	Повреждение почек, мочевого пузыря и уретры. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
20	Терминальные состояния. Реанимационные мероприятия.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
21	Пороки развития легких (аплазия, гипоплазия, секвестрация, врожденная долевая эмфизема). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
22	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
23	Синдром холестаза у новорожденных детей. Принципы дифференциальной диагностики желтух.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
24	Сколиоз у детей. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20

	<p style="text-align: center;">Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p style="text-align: center;">Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p style="text-align: center;">Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p style="text-align: center;">Фонд оценочных средств</p>	-1-
25	Патология влаглищного отростка брюшины. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Сроки и методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
26	Заболевания селезенки у детей (аномалии развития, кисты селезенки, воспалительные заболевания селезенки, патология селезенки при заболеваниях крови). Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
27	Повреждения почек, мочевого пузыря и уретры. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
28	Острая гнойная деструктивная пневмония. Классификация. Клиника, диагностика. Лечебная тактика (антибактериальная терапия, местное лечение, особенности интенсивной терапии).	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
29	Отравления. Основные симптомы, диагностика и тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
30	Крипторхизм и эктопия яичка. Клиника, диагностика. Сроки оперативного лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
31	Пороки развития желчевыводящих путей. Билиарная атрезия. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
32	Пороки развития желчевыводящих путей. Кисты общего желчного протока. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
33	Опухоли костей. Остеогенная саркома. Клиника. Диагностика. Принципы стадирования. Лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
34	Опухоли костей. Саркома Юинга. Клиника. Диагностика. Принципы стадирования. Лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
35	Переломы нижних конечностей. Клиника, диагностика, методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
36	Переломы костей таза. Клиника, диагностика, методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
37	Переломы позвоночника. Клиника, диагностика, методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
38	Инородные тела дыхательных путей. Классификация. Клиника, диагностика, осложнения; лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
39	Перикардит. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
40	Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
41	Остеохондропатии. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
42	Кисты легких. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
43	Пороки развития желчного и мочевого протоков. Клиника. Методы диагностики, лечебная тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
44	Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
45	Гематокольпос, гематометра, сращение половых губ, фимоз, парафимоз, баланопостит. Клиника, диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	


 <p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>		<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	-1-
46	Приобретенная кишечная непроходимость (заворот, спаечная, тромбоз мезентериальных сосудов, инвагинация). Клиника, диагностика, тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
47	Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Осложнения	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
48	Перитонит. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Оперативные вмешательства. Послеоперационное лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
49	Врожденная высокая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
50	Врожденная низкая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация. Клиника, диагностике лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
51	Укусы змей и ядовитых насекомых. Клиника. Лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
52	Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20	
53	Опухоли мягких тканей. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
54	Желудочно-кишечные кровотечения. Причины. Клиника, диагностика, тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
55	Деструктивный панкреатит у детей. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
56	Патология мочевого пузыря у детей (дивертикулы, нейрогенный мочевой пузырь. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
57	Патология мочевого пузыря у детей. Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
58	Легочное, легочно-плевральное и внутриплевральное кровотечения у детей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
59	Пороки развития желчного пузыря. Острый холецистит. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
60	Методы обследования в детской урологии. Показания, методика проведения, возможные осложнения	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
61	Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика при ложных диафрагмальных грыжах	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	
62	Болезнь Гиршпрунга. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11	

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	<p>-1-</p>
---	---	---	------------

63	Врожденная косолапость. Клиника, особенности диагностики и лечения до и после года.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
64	Повреждения органов грудной полости. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
65	Врожденный вывих бедра и дисплазия тазобедренного сустава. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение. Диспансеризация	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
66	Опухоли центральной нервной системы. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Вопросы реабилитации	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
67	Мочекаменная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
68	Гидронефроз. Причины. Клиника, диагностика. ностика. Паллиативные и радикальные вмешательства.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
69	Термические повреждения. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
70	Врожденный пилоростеноз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
71	Тератомы у детей. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
72	Варикоцеле. Причины. Клиника, диагностика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
73	Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Врожденные кисты и свищи шеи. Диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
74	Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, диастаз прямых мышц живота. Клиника, диагностика. Сроки и виды оперативных, вмешательств	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
75	Эхинококкоз у детей. Пути проникновения гельминта. Клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики. Лечебная тактика и профилактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
76	Инвагинация кишечника. Этиология. Клиника, диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
77	Гипоспадия и эписпадия. Клинические формы. Сроки и виды хирургического лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
78	Медиастинит. Причины возникновения. Клиника, диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
79	Некротизирующий энтероколит новорожденного. Этиология. Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
80	Химические ожоги пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика. Первая помощь при ожогах пищевода. Профилактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
81	Опухоли сосудов у детей. (синдромы Клиппеля-Тренонне). Пигментные пятна. Коассифиация. Диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11



82	Портальная гипертензия. Клиника, диагностическая ценность специальных методов исследования (спленопортография, спленоманометрия, ультразвуковое исследование). Лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
83	Объемные образования органов брюшной полости. Диагностический алгоритм. Роль дополнительных методов диагностики.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
84	Хронический остеомиелит. Осложнения. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика с опухолями. Вопросы иммунокоррекции.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
85	Повреждения в зоне локтевого сустава. Классификация. Клиника, диагностика, лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
86	Осложнения острого аппендицита у детей (спаечная непроходимость, абсцессы). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
87	Острые заболевания яичка. Причины, клиника. Дифференциальная диагностика с паховой ущемленной грыжей. Лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
88	Синдромальные формы дистопии соединительной ткани. Синдромы Поланда и Марфана. Классификация, диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
89	Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожа, мастит). Особенности течения у детей раннего возраста. Диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
90	Родовые повреждения новорожденных (кефалогематома, переломы костей, травма позвоночника). Клиника, диагностика, лечебная тактика	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
91	Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
92	Повреждения костей плечевого пояса и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
93	Повреждения печени у детей. Причины. Классификация. Диагностики и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
94	Болезнь Пертеса у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
95	Воронкообразная и килевидная деформации грудной клетки. Классификация, диагностика и лечение	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
96	Мегауретер у детей. Причины развития. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
97	Повреждения селезенки у детей. Причины. Классификация. Диагностики и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
98	Повреждения полых органов ЖКТ у детей. Причины. Классификация. Диагностики и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
99	Осложнения острого аппендицита у детей (аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии	Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия» Фонд оценочных средств	-1-
Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия			

	абсцесс). Клиника, диагностика, лечение.	
100	Интерсексуальные аномалии (с-м Клайнфельтера, ДГКН, с-м Нунан). Понятие о гермафродитизме. Эмбриогенез. Принципы диагностики. Лечение. Диспансеризация.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-8, ПК-11
101	Аномалии развития верхних конечностей. Классификация. Методы и сроки консервативного и оперативного лечения. Диспансеризация.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
102	Аномалии развития почек (аплазия, гипоплазия, дистопия, кисты). Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20
103	Паховая грыжа. Классификация. Клиника, диагностика. Показания, сроки и методы оперативного лечения.	ОПК-4, ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК-11, ПК-20

Таблица 16

№ п/п	3 этап промежуточной аттестации (контрольные вопросы клинической ситуационной задачи)	Проверяемые компетенции
1.	Поставьте диагноз в соответствии с клинической классификацией.	ПК-6
2.	Каковы причины данного заболевания?	ПК -4, ПК-20
3.	Классификация данного заболевания	ПК8
4.	Какие дополнительные методы исследования можно использовать?	ПК-8, ПК-11, ПК-11
5.	Консервативное и оперативное лечение данного заболевания и показания к ним.	ОПК-8, ПК-10, ПК-11

Образец типового билета для 3 этапа промежуточной аттестации (итоговое собеседование в устной форме по контрольным вопросам билета и клинической ситуационной задаче)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Аномалии развития верхних конечностей. Классификация. Методы и сроки консервативного и оперативного лечения. Диспансеризация.
2. Крипторхизм и эктопия яичка. Клиника, диагностика. Сроки оперативного лечения.
3. Повреждения селезенки у детей. Причины. Классификация. Диагностики и лечение.
4. Клиническая ситуационная задача.

В поликлинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на беспричинные подъемы температуры (до 38-39⁰С), которая самостоятельно снижалась до нормальных цифр, периодические боли в животе, иногда связанные с актом мочеиспускания. Девочка от первой беременности, которая протекала с токсикозом I и II половин, роды в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, имеются пастозность век, темные круги под глазами. Со стороны костно-мышечной системы – без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное,



хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 78 ударов в минуту. Язык чистый, влажный, розового цвета. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12-го ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточен, мочеиспускание учащено, болезненное. Анализ крови: Нв – 124 г/л; эр. – 4,1 x 10¹²/л; л. – 6,4 x 10⁹/л; э. – 2%; п/я – 2%; с/я – 58%; лимф. – 35%; мон. – 3%, СОЭ – 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л; хлориды – 98 ммоль/л; К – 4,4 Na – 130, билирубин – 16 мкмоль/л, реакция прямая; АсАТ – 0,14 ед., АлАТ – 0,14 ед., мочевины – 4,4. Анализ мочи: уд. вес – 1018; белок – нет; эп. пл. – ед. в п/з; лейкоциты – 32-36 в п/з; эр. – ед. в п/з; бактерии ++. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 20000; эритроциты – 500.

ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

Задача №1

На консультацию к ортопеду детской больницы пришла четырехлетняя девочка по направлению врача поликлиники.

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Со слов родителей, около 6 месяцев назад девочка упала дома, после чего у нее появилась боль, деформация, отек мягких тканей в области верхней трети пробой плечевой кости. Обратились в травмпункт, где была выполнена рентгенография. Травматолог, заподозрив перелом, наложил гипсовую лонгету. Лечилась амбулаторно. В последующем после консолидации перелома и снятия лонгеты наблюдалась у ортопеда, была направлена в стационар для дальнейшего лечения. Окружность верхней трети правого плеча на 1 см больше таковой противоположной конечности на том же уровне. При пальпации на этом уровне справа имеется легкая болезненность. Движения в плечевом суставе в полном объеме.

Задача №2

Мальчик родился 18 часов назад доношенным в срок с массой 3100,0 и оценкой 8 баллов по Апгар. Вскоре после рождения отмечено, что у ребенка при беспокойстве появляется выраженный цианоз, затруднение дыхания. Эти симптомы усиливаются в положении на правом боку. Состояние тяжелое. Кожа и слизистые с цианотичным оттенком. Ребенок вялый, крик слабый. Грудная клетка асимметрична - левая половина больше по объему, меньше участвует в акте дыхания. Дыхание поверхностное, затрудненное, 56 раз в 1 мин., слева в нижней половине не проводится. Перкуторно и аускультативно отмечается смещение средостения вправо, тахикардия до 180 в минуту. Живот уменьшен в размерах, не вздут, мягкий. Ваш диагноз. Дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести. Какие возможны ближайшие осложнения? Неотложная помощь. Тактика лечения в стационаре. Исходы.

Задача №3

На прием к педиатру обратилась мать с 5-тилетним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, стул черного цвета, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. В анамнезе: ребёнок второй в семье, доношенный. После родов в течение 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, увеличение селезёнки, страдает метеоризмом. Ребенок находился под наблюдением педиатра в течение всего периода. Семейный анамнез: родители здоровы. При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный,



печень в пределах нормы, селезенка + 5 см из-под реберной дуги. Общий анализ крови: Нв 75 г/л, эр. $2,0 \times 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, L. $4,5 \times 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 60%, э. 3%, лимф. 21%, мон. 7%, СОЭ 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН 6,0, уд. вес 1018, белка нет, л. 2-3 в п/з, эр. нет. Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины 56% (α_1 – 4%, α_2 – 12%, β – 12%, γ – 28%), щелочная фосфатаза 70 ед./л, АлАТ 0,15 ед., АсАТ 0,2 ед., амилаза 30 Ед/л., тимоловая проба 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима однородная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены имеется множество мелких сосудов разного калибра. Ваш диагноз. Дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести. Какие возможны ближайшие осложнения? Неотложная помощь. Тактика лечения в стационаре. Исходы.

Задача № 4

Новорожденный переведен из областного родильного дома

An. morbi.

Сразу после рождения отмечается тотальный цианоз, тахипноэ до 60 в мин, декстрокардия. Проводима оксигенотерапия эффекта не дала. Осмотрен хирургом центра медицины катастроф и переведен в клинику детской хирургии

An. vitae. Ребенок от 3 беременности, 3 родов в срок 36 недель. В течение беременности мать ребенка неоднократно госпитализировалась в связи с угрозой прерывания беременности. Вес ребенка при рождении-1890, рост-48 см. Оценка по шкале Апгар -5 баллов.

St. praesens. Состояние ребенка тяжелое. На внешние раздражители реакция сохранена. Крик громкий, движения активные. На осмотр реагирует двигательным беспокойством и криком. Большой родничок - 1,5x1,5 см на уровне костей черепа. Отмечается тремор подбородка. Рефлексы орального автоматизма вызываются, но быстро истощаются. Сухожильные рефлексы S=D с клонусами. Кожа и видимые слизистые чистые, синюшные. Симптом «белого пятна» отрицательный. Температура тела 36,8С. Дыхание самостоятельное, резко ослабленное слева по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧД до 80 в 1 мин. Сердечный толчек определяется справа в 5 межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца выслушиваются справа приглушенные, ритмичные. ЦСС до 180 в 1 мин. Живот запавший. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Моча по уретральному катетеру-светлая.


ОАК-Эр- $5,2 \times 10^{12}$, Нв-214 г/л, Нт-61,6%, Ле-6,0x10, ю-2, п-9, э-0, м-1,л-19,СОЭ - 3 мм/ч. Биохимия крови: Бил-149,9 мкм/л, пр-0, непр-149,9 мкм/л, Тим- 1,2 ед, АсАТ-0,37, АлАТ-0,09. Электролиты крови: Na- 124.1, К-4,9.

Выполнена рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости (прилагается).

Предположительный диагноз. Лечебная тактика. Сроки и показания к оперативному лечению. Методы оперативного лечения

Для текущего и рубежного контроля успеваемости в течение проведения клинических практических занятий используются:

1. Тестовые задания для письменного контроля исходного уровня знаний.
2. Ситуационные клинические задачи.

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	<p>-1-</p>
---	--	--	------------

3. Рубежный контроль осуществляется в виде заключительного контрольного занятия по завершению каждого модуля. По билетам с практическими заданиями (расчетные манипуляции, рецепты, алгоритмы организации противоэпидемических мероприятий) и лабораторными анализами для проведения заключительного итогового задания по блоку. Осуществляется защита истории болезни.

Таблица 17

Перечень практических навыков и проверяемые компетенции к аттестации по итогам освоения дисциплины (экзамен):

№	Практический навык	Проверяемые компетенции
1	Собрать анамнез хирургического больного	ОПК-4, ОПК-6, ПК-4
2	Провести осмотр ребенка и выделить ведущие симптомы хирургической болезни	ОПК-4, ПК-6
3	Составить план обследования больного с хирургическим заболеванием;	ОПК-8, ПК-6, ПК -10, ПК-11
4	Обосновать диагноз, оформить историю болезни больного с хирургической патологией в стационаре,	ОПК-6, ПК-11, ПК-6,
5	Составить план лечения больного с учетом возраста, преморбидного фона ребенка, тяжести и диагноза;	ОПК-8, ПК-6, ПК-10, ПК -8
6	Назначить и уметь интерпретировать результаты лабораторных анализов и дополнительных методов обследования	ПК-5, ПК -8
7	Провести следующие диагностические манипуляции (зондирование желудка, установка уретрального катетера, определение группы крови, подготовить системы для внутривенного вливания, провести пункцию периферической вены).	ОПК-9, ПК-5, ПК-8, ПК-9
8	Составить план диспансерного наблюдения больного после операции;	ПК-1, ПК-2
9	Провести обследование новорожденного при подозрении на хирургическую патологию (диафрагмальная грыжа, кишечная непроходимость, аноректальный порок развития, врожденную патологию, сопровождающуюся клиникой дыхательной недостаточности)	ОПК-4, ОПК -5, ПК -10, ПК -11,
12	Оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе (гипертермическом синдроме, судорожном синдроме, инфекционно-токсическом шоке, дегидратации, гиповолемическом шоке, ДН).	ОПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11
13	Оказать неотложную помощь ребенку с неотложными состояниями в стационаре (при острой ДН, острой СС недостаточности, обструкции дыхательных путей, наложить гипсовую лонгету при переломе конечностей	ОПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11

3.Методические указания для самостоятельной работы студента



В период изучения дисциплины студенты оформляют академическую историю болезни ребенка.

Цель. Научить обучающихся правильно оформлять основной медицинский документ детского стационара – историю болезни ребенка (медицинская карта стационарного больного (003/у)).

Порядок защиты академической истории болезни.

В течение 10 семестра при обучении на кафедре детских болезней педиатрического факультета по дисциплине «Факультетская педиатрия, эндокринология» студент представляет историю болезни преподавателю для рецензии. Преподаватель проверяет ее, отмечает все ошибки, погрешности в оформлении. В конце обучения студент защищает историю болезни, кратко докладывая больного и давая обоснование выставленного клинического диагноза, отвечает на все вопросы и замечания преподавателя. После этого преподаватель выставляет оценку за историю болезни (по 5-тибалльной шкале).

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной (ФИО) _____

Возраст _____ (дата рождения) _____

Диагноз **клинический** (основной):

_____ (сопутствующий):

_____ **Жалобы** (на день курации):

_____ **Анамнез болезни:**

_____ **Анамнез жизни** (в т.ч. наследственный, аллергологический):

_____ **Эпидемиологический анамнез:**

_____ **Объективное обследование:**

_____ **Лабораторные и инструментальные исследования:**

_____ **Обоснование клинического диагноза** (основного):

_____ **План дифференциальной диагностики** (для основного диагноза):


_____ **Лечение:**

_____ **Диспансеризация:**

_____ **Прогноз для выздоровления и жизни:**

_____ **Роспись студента** _____

_____ **Историю проверил экзаменатор (ФИО)** _____ **Оценка** _____

	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации Кафедра детской хирургии</p> <p>Основная профессиональная образовательная программа высшего образования Педиатрия по специальности 31.05.02 Педиатрия</p>	<p>Рабочая программа по дисциплине «Детская хирургия»</p> <p>Фонд оценочных средств</p>	<p>-1-</p>
---	---	---	------------

Обсуждено на заседании кафедры детской хирургии, протокол №11 от 18 июня 2024 г.

Заведующий кафедрой
детской хирургии

д.м.н., профессор



А.И. Перепелкин