

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.16** Детская хирургия

Год начала обучения **2021** год

Всего ЗЕТ – 3
Всего часов – 108 часов

1. Цель и сроки проведения ГИА

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы (далее – ОПОП) требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утверждённого приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1110.

Требования к обучающимся при допуске к ГИА

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной образовательной программе высшего образования

1. Виды государственных аттестационных испытаний

Государственная итоговая аттестация выпускников по образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) проходит в форме госэкзамена.

Государственный экзамен проводится для оценивания результатов освоения ОПОП, разработанной в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) и определения уровня подготовленности выпускника к самостоятельному выполнению трудовых функций. Трудоёмкость Госэкзамена составляет 3 з.е., проводится на 2 курсе.

4. Структура аттестационных испытаний.

4.1. Структура государственного экзамена

На государственном экзамене выпускники должны продемонстрировать готовность к осуществлению следующих видов профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Государственный экзамен включает в себя следующие этапы:

1. Этап – Оценка уровня освоения практических (мануальных) навыков
2. Этап – Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры
3. Этап – Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач

Перечень дисциплин, определяющие содержание Госэкзамена

Этап проведения Госэкзамена*	Перечень дисциплин
Оценка уровня освоения практических навыков	Детская хирургия, обезболивание и интенсивная терапия
Оценка уровня освоения теоретических основ по программе ординатуры	Детская хирургия, организация здравоохранения, обезболивание и интенсивная терапия, клиническая анатомия и оперативная хирургия, микробиология, патофизиология, педагогика.
Оценка способности применять знания и умения при решении профессиональных задач	Детская хирургия

4.2. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Не позднее, чем за 30 календарных дней до дня проведения государственного аттестационного испытания Университет утверждает приказом ректора расписание, в котором указываются даты, время и место проведения защиты ВКР и консультации, и доводит расписание до сведения обучающихся, членов ГЭК и апелляционных комиссий, секретарей ГЭК, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Государственный экзамен проводится по утвержденной Университетом программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения ординаторами образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей образовательной программе высшего образования.

***Первый этап госэкзамена:** Цель: оценка умений и навыков выпускников по осмотру больного, анализу данных лабораторного и инструментального исследований, проведению мероприятий по оказанию первой врачебной помощи, определению тактики лечения, а также других специальных профессиональных умений по специальности 31.08.16 Детская хирургия. Данный этап экзамена проводится в устной форме на базах кафедры: в профильных отделениях поликлиник и стационаров, и учебно-лечебных кабинетах кафедры профилирующей дисциплины, где выпускник, в присутствии комиссии, выполняет осмотр больного, с использованием медицинской аппаратуры и хирургического инструментария, формулирует клинический диагноз с учетом представленных дополнительных инструментальных и лабораторных данных и назначает необходимое лечение.

Место проведения - оценка уровня освоения практических навыков на симуляционном оборудовании, смоделированной клинической ситуации, на базе кафедры.

Форма проведения – устно.

***Второй этап госэкзамена:** Цель: оценка уровня теоретических знаний по основным клиническим дисциплинам.

Проверка уровня теоретической подготовленности на тестовом экзамене проводится с использованием технических средств и заключается в решении 40 тестовых заданий из массива по всем разделам профильных дисциплин, на которые необходимо ответить в течение 40 минут. В каждом тестовом задании необходимо выбрать 1 (один) правильный ответ.

Место проведения – компьютерный класс или учебная аудитория (при бланочном тестировании)

Форма проведения – тестирование по компетенциям, установленным в основной профессиональной образовательной программе. Проведение тестирования осуществляется в компьютерном классе или в письменной форме (на бланках).

***Третий этап госэкзамена:** цель – оценка уровня сформированного у обучаемого клинического мышления и умений применять полученные знания, умения и навыки для решения профессиональных задач.

Форма проведения – собеседование по ситуационным клиническим задачам.

Для подготовки к ответу на государственном экзамене выпускнику предоставляется не менее 30 минут. При этом используются бланки установленного образца для оформления экзаменационного задания.

Ординаторы должны быть ознакомлены с графиками проведения этапов государственного экзамена. Перерыв между государственными аттестационными испытаниями устанавливается

продолжительностью не менее 7 календарных дней.

В случае непрохождения одного из трех этапов государственного экзамена, ординатор не допускается к следующим этапам, и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Государственный экзамен должен начинаться в указанное в расписании время в присутствии председателя государственной экзаменационной комиссии (ГЭК).

Секретарь государственной экзаменационной комиссии обеспечивает процедуру ведения экзамена следующими документами: приказом о допуске к государственному экзамену, приказом о составе государственной экзаменационной комиссии, списками ординаторов, протоколами на каждого ординатора. В начале экзамена (1 и 3 этапы) ординаторам выдаются экзаменационные задания.

В ходе проведения государственного экзамена выпускнику запрещается пользоваться техническими средствами и мобильными устройствами. В случае выявления факта использования запрещенных технических средств членами государственной аттестационной комиссии составляется акт, а выпускник удаляется с экзамена с оценкой «неудовлетворительно».

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Университетом с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

Для выпускников из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится образовательной организацией с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких выпускников (далее - индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с выпускниками, не имеющими ограничений возможностей здоровья, если это не создает трудностей для выпускников при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента, оказывающего выпускникам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми выпускникам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа выпускников в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Университета по вопросам проведения ГИА доводятся до сведения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося инвалида или лица с ограниченными возможностями здоровья продолжительность выступления обучающегося при защите выпускной квалификационной работы может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи не более чем на 15 минут.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного

аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения ГИА обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

5. Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации

5.1 Перечень компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения образовательной программы

Этап экзамена	Коды компетенций
1 этап: практические навыки	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.
2 этап: тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13

3 этап: собеседование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.
-----------------------	--

5.2. Показатели и критерии оценивания компетенций, шкалы оценивания

Показатели	Критерии оценивания	Код(ы) оцениваемой компетенции	Этап проведения экзамена
Знания	<p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике хирургических заболеваний.</p> <p>Готовность к проведению профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у пациентов с хирургическими патологиями.</p>	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12, ПК-13	1,2,3
Умения	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ и проблем, связанных со здоровьем.</p> <p>Готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в хирургии; обладание знаниями диагностики и лечения хирургических заболеваний к диагностике неотложных состояний, связанных со здоровьем. Готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы.</p> <p>Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях.</p> <p>Готовность к проведению оценки качества оказания хирургической помощи с использованием основных медико-статистических показателей.</p> <p>Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на здоровье человека факторов среды обитания.</p> <p>Способность и готовность к проведению профилактических осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с хирургической патологией.</p> <p>Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.</p> <p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков</p>	ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-10 ПК-11	1,3
Навыки	<p>Готовность к определению тактики ведения и лечению пациентов нуждающихся в хирургической медицинской помощи, выполнению лечебных и диагностических манипуляций.</p> <p>Готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.</p> <p>Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с хирургической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.</p>	ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-12	1,3

Шкалы оценивания Госэкзамена

Этап проведения Госэкзамена	Шкала оценивания		Оценка
	Описание или % выполнения	Балл	
Демонстрация практических навыков	Навык не выполнен в должном объеме или выполнен с грубыми ошибками, не дано адекватного обоснования и ответов на вопросы.	2	Неудовлетворительно
	Навык выполнен с небольшими ошибками, дано не полное обоснование тактике манипуляции	3	Удовлетворительно
	Навык выполнен с незначительными неточностями, грубых ошибок не допущено, обоснование выполнения навыка дано развернуто	4	Хорошо
	Навык выполнен без ошибок, дано обоснование и полные ответы на вопросы по выполняемому навыку	5	Отлично
Тестирование	71 и более %	-	Зачтено
	70 и менее %	-	Незачтено
Собеседование по клиническим задачам	Продемонстрировано незнание и непонимание существа поставленных вопросов	2	Неудовлетворительно
	Даны неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.	3	Удовлетворительно
	Даны полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах, имеются незначительные упущения в ответах	4	Хорошо
	Даны полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы, ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.	5	Отлично

5.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки результатов освоения ОПОП

5.3.1. Перечень практических навыков

№ п/п	Формулировка задания
1.	Обобщает и анализирует результаты осмотра пациентов врачами специалистами.
2.	Анализирует результаты осмотра пациентов врачами-специалистами для установления диагноза.
3.	Обосновывает план и поставленный диагноз, апеллируя терминами, применяемыми в клинических рекомендациях, либо в стандартах оказания хирургической помощи населению.
4.	Организовывает работу в полиэтничном коллективе с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий.
5.	Проводит семинары по ведению здорового образа жизни, профилактике хирургической патологии и (или) заболеваний хирургического профиля
6.	Оценивает анатомо-функциональное состояние в норме и при аномалиях.
7.	Проводит диспансерные наблюдения за пациентами с хирургической патологией и

	(или) заболеваниями хирургического профиля.
8.	Организовывает мероприятия медицинской реабилитации пациентов с хирургическими патологиями (или) заболеваниями хирургического профиля, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядком организации медицинской реабилитации.
9.	Проводит профилактику хирургических заболеваний, осложнений
10.	Проводит оценку тяжести состояния пациента с хирургической патологией
11.	Проводит современные методы лечения пациентов с патологиями брюшной полости, грудной полости, мягких тканей
12.	Выявляет общие и специфические признаки хирургических заболеваний.
13.	Владеет современными методами диагностики и лечения пациентов с хирургическими заболеваниями
14.	Назначает медицинские изделия и, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
15.	Осуществляет амбулаторный этап ведения пациентов с хирургическими патологиями
16.	Разрабатывает оптимальную тактику лечения с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента
17.	Выявляет клинические признаки острой и хронической хирургической инфекции.
18.	Диагностирует основные хирургические симптомы и синдромы
19.	Обосновывает и планирует объем инструментальных исследований у пациентов с хирургическими патологиями: УЗИ, рентгенологические методы исследования, компьютерную томографию (далее КТ), магнитно-резонансную томографию (далее МРТ), электромиографии (далее ЭМГ), доплерографии, биопсии, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
20.	Обосновывает порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия»
21.	Проводит анализ результатов визуализирующих и функциональных методов обследования пациентов.
22.	Применяет при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность их применения.
23.	Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов
24.	Проводит мониторинг заболевания и/или состояния, корректирует план лечения, лечения в зависимости от особенности течения.
25.	Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания. Оценивает эффективность и безопасность применения немедикаментозного лечения у пациентов с хирургическими патологиями.
26.	Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с хирургическими патологиями.
27.	Оценивает эффективность безопасность применения лекарственных препаратов,

	медицинских изделий и лечебного питания у пациентов после оперативных вмешательств на брюшной полости
28.	Оценивает эффективность и безопасность хирургического лечения пациентов с хроническими хирургическими патологиями
29.	Интерпретирует мероприятия и этапы проведения медицинской реабилитации пациентов после оперативного лечения, в соответствии с действующими порядками организации медицинской реабилитации и оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов оказания медицинской помощи
30.	Оценивает эффективность и безопасность мероприятий по профилактике хирургической инфекции.
31.	Формулирует задачи по выполнению врачебных назначений медицинскими работниками, занимающими должности среднего и младшего медицинского персонала
32.	Составляет план и отчет о проделанной лечебной работе врача-хирурга
33.	Разрабатывает план лечения хирургических пациентов, медикаментозными и хирургическими методами, организационно-методическое руководство по выполнению контроля эффективности оказания медицинской помощи.
34.	Использует медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»

5.3.2. Комплект тестовых заданий для итогового контроля

1. Абдоминальная хирургия.

1. Типичный отличительный признак кишечного иерсиниоза у ребенка с абдоминальным болевым синдромом:
 - а) высокая температура, озноб;
 - б) кожная сыпь;
 - в) стул жидкий, водянистый, с кровью и слизью. Тенезмы;
 - г) спазмированная, болезненная сигмовидная кишка;
 - д) комбинация перечисленных симптомов.
2. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
 - а) не возможен;
 - б) возможен при начальной стадии воспаления;
 - в) возможен при флегмонозном аппендиците;
 - г) возможен при гангренозном аппендиците;
 - д) возможен даже при перфоративном аппендиците.
3. Наиболее характерно для туберкулезного мезоденита:
 - а) постепенное начало коликообразных болей в животе;
 - б) понос и субфебрильная температура;
 - в) отсутствие перитон. знаков и увеличение лимфоузлов;
 - г) симптом Штернберга и кальцифицированные мезентериальные лимфоузлы на рентгенограммах;
 - д) весь перечисленный комплекс признаков.
4. Гангренозный аппендицит. выпот прозрачный, около отрезка фибриновые наложения, произведена аппендэктомия. Тактика:
 - а) одномоментное введение антибиотиков;
 - б) резиновый выпускник;
 - в) марлевый тампон;
 - г) промывание брюшной полости;
 - д) тампон Микулича.
5. Через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. показана:
 - а) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - б) ревизия через доступ в правой подвздошной области;
 - в) наблюдение, консервативные мероприятия;
 - г) лапароцентез;
 - д) лапароскопия.
6. У ребенка в течение 12 часов приступообразные боли в животе, задержка отхождения газов, рвота. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование начинают:
 - а) с обзорной рентгенографии;
 - б) с дачи бариевой взвеси через рот;
 - в) с гипертонической клизмы;
 - г) с ректального исследования;
 - д) с пальпации живота под наркозом.
7. У ребенка странгуляционная непроходимость. необходимо:
 - а) проведение консервативных мероприятий;
 - б) наблюдение;
 - в) дача бария, консерват. мероприятия в течение 3-6 ч.
 - г) срочная операция;

- д) операция после предоперационной подготовки.
8. У ребенка на 4 сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:
- а) срочная операция;
 - б) наблюдение;
 - в) дача бария, наблюдение;
 - г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
 - д) операция в плановом порядке.
9. У ребенка инвагинация. Давность заболевания более 24 часов. выражена картина непроходимости. надо выполнить:
- а) срединную лапаротомию;
 - б) поперечную лапаротомию;
 - в) разрез в правой подвздошной области;
 - г) параректальный доступ справа;
 - д) параректальный доступ слева.
10. Рациональный доступ при разрыве селезенки :
- а) срединная лапаротомия;
 - б) поперечная лапаротомия;
 - в) разрез в левом подреберье;
 - г) параректальный доступ;
 - д) трансректальный доступ.
11. После аппендэктомии и дренирования периаппендикулярного абсцесса, на 5 сутки появилось кишечное отделяемое. Целесообразно:
- а) консервативное лечение;
 - б) расширение раны;
 - в) срединная лапаротомия, ревизия;
 - г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
 - д) лапаротомия, обходной анастомоз.
12. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет показано:
- а) ушивание язвы;
 - б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
 - в) резекция желудка по Бильрот 1;
 - г) резекция желудка по Бильрот 2;
 - д) резекция желудка по Гофмейстер-Финстерер.
13. Главный отличительный признак апоплексии яичника:
- а) возникновение заболевания в середине цикла;
 - б) признаки внутреннего кровотечения;
 - в) Per rectum- нависание передней стенки и болезненность при смещении матки;
 - г) нормальные температура и формула крови;
 - д) комплекс перечисленных признаков.
14. Из форм портальной гипертензии чаще встречается:
- а) надпеченочная;
 - б) внутрипеченочная;
 - в) внепеченочная;
 - г) смешанная;
 - д) комбинированная;
15. Наиболее вероятная причина холецистита у детей:
- а) гормональные нарушения;
 - б) наследственность;
 - в) пороки развития желчного пузыря;
 - г) нарушение обменных процессов;
 - д) хронический гепатит.
16. Причина возникновения острого аппендицита:
- а) повышение давления в просвете отростка;
 - б) ангионевротические расстройства;
 - в) нарушение иммунологического состояния организма;
 - г) особенности пищевого режима;
 - д) любой из перечисленных факторов или их сочетание.
17. Самым достоверными признаками острого аппендицита является:
- а) локальная боль;
 - б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
 - в) напряжение мышц и локальная болезненность;
 - г) симптом Щеткина и рвота;
 - д) жидкий стул и рвота.
18. Отличительные признаки абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются:
- а) ознобы, головная боль, мышечные боли;
 - б) относительная брадикардия;
 - в) увеличение печени и селезенки;
 - г) дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы;
 - д) комплекс перечисленных признаков.
19. При обнаружении холодного аппендикулярного инфильтрата операция должна быть закончена:
- а) разделением инфильтрата, аппендэктомией;
 - б) марлевым тампоном к инфильтрату;

- в) микроирригатором;
- г) резиновым выпускником;
- д) ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией.

20. Ребенок оперирован год назад по поводу перитонита. Жалобы на боли в животе, рвоту, задержку стула. Обследование начинают с:

- а) ректального исследования пальцем
- б) ирригографии с воздухом;
- в) обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
- г) введения зонда в желудок;
- д) дачи бариевой взвеси через рот;

21. При ранней спаечной непроходимости консервативную терапию проводят:

- а) 3-6 часов;
- б) 6-12 часов;
- в) 12-24 часа;
- г) 48-72 часа;
- д) не проводят.

22. При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение:

- а) 3-6 часов;
- б) 6-12 часов;
- в) 12-24 часа;
- г) 24-48 часов;
- д) 48-72 часа.

23. Ребенок проглотил гвоздь. на рентгенограмме он в желудке. Необходима:

- а) гастроскопия;
- б) гастротомия;
- в) наблюдение;
- г) стимуляция моторики кишечника;
- д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

24. В ходе операции по поводу от аппендицита отросток не изменен. Обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:

- а) провести ревизию тонкой кишки;
- б) расширить рану и ревизовать брюшную полость;
- в) перейти на срединную лапаротомию;
- г) перейти на параректальный доступ;
- д) выполнить аппендэктомия и поставить дренаж.

25. Постоянным симптомом при внепеченочной форме портальной гипертензии:

- а) гепатомегалия;
- б) увеличение размеров живота;
- в) спленомегалия;
- г) кровавая рвота;
- д) асцит.

26. В комплекс гемостатических мероприятий при портальной гипертензии входит все, кроме:

- а) постельного режима;
- б) исключения кормления через рот;
- в) зондирования желудка;
- г) инфузионной гемостатической терапии;
- д) парентерального питания.

27. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит и периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. выполнена аппендэктомия. Дальнейшая тактика:

- а) одномоментное введение антибиотиков;
- б) резиновый выпускник;
- в) марлевый тампон;
- г) промывание брюшной полости;
- д) тампон Микулича.

28. 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.

29. К осложнениям после операции соаве относятся:

- а) гематома межфутлярного пространства
- б) абсцесс межфутлярного пространства
- в) стенозирование низведен. кишки в мышечном футляре
- г) нарушение чувствительности прямой кишки
- д) все перечисленное.

30. К осложнениям, после операции свенсона относятся:

- а) несостоятельность анастомоза;
- б) стеноз анастомоза;

- в) нарушение мочеиспускания;
- г) инфильтрат, абсцесс полости малого таза;
- д) все перечисленное.

31. К осложнениям, после операции Дюамеля относятся:

- а) стеноз анастомоза;
- б) недостаточность анального жома;
- в) нарушение акта дефекации;
- г) образование каловых камней в культе прямой кишки;
- д) все перечисленное.

32. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул после клизмы. Уточнить диагноз позволит:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) ирригография с воздухом;
- в) ирригография с бариевой взвесью;
- г) дача бариевой взвеси через рот;
- д) колоноскопия.

33. Показанием к операции при неспецифическом язвенном колите у детей является:

- а) младший возраст;
- б) медленная стабилизация при консервативном лечении;
- в) ухудшение состояния на фоне консервативной терапии;
- г) поражение толстой кишки на всем протяжении;
- д) все перечисленное.

34. У ребенка 7 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, периодическое недержание жидкого кала. Степень недостаточности анального жома:

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV
- д) V

35. Нормальная величина портального давления в покое составляет:

- а) 50-100 мм вод. ст.
- б) 100-180 мм вод. ст.
- в) 180-250 мм вод. ст.
- г) 250-320 мм вод. ст.
- д) 320-400 мм вод. ст.

36. После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:

- а) Желудок через – 4 часа, тонкая кишка – 24 часа, толстая кишка – после первого приема пищи.
- б) Желудок через – 24 часа, тонкая кишка – 4 часа, толстая кишка – 3 суток
- в) Желудок через – 3 суток, тонкая кишка – 3 суток, толстая кишка – 3 суток
- г) Желудок через – 24 часа, тонкая кишка – 24 часа, толстая кишка – 24 часа
- д) Желудок через – 4 часа, тонкая кишка – немедленно, толстая кишка – 24 часа

37. Врожденный дивертикулез ободочной кишки чаще локализуется:

- а) в левой половине ободочной кишки
- б) в правой половине ободочной кишки
- в) одинаково часто

38. При ущемленной грыже у ребенка после рассечения поверхности мягких тканей в паховой области дальнейшая последовательность этапов операции предусматривает:

- а) рассечение передней стенки пахового канала без рассечения поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка и ревизия его содержимого
- б) рассечение поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка и ревизия его
- в) рассечение апоневроза наружной косой мышцы живота и поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка
- г) вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды и ревизия содержимого грыжевого мешка с рассечением грыжевых ворот
- д) приподнимание крючком Фарабефа поверхностного пахового кольца, вскрытие грыжевого мешка, ревизия его содержимого и удаление инфицированной грыжевой воды.

39. Последовательность этапов завершающей стадии операции ущемленной паховой грыжи у мальчика предусматривает:

- а) освобождение шейки грыжевого мешка от элементов семенного канатика, ее пересечение, обработка культи мешка, оставление дистального отдела мешка на месте, послойное восстановление целостности структур паховой области до кожи, провизорные швы на кожу.
- б) все, предусмотренное в п. А, и зашивание раны наглухо
- в) все, предусмотренное в п. А, и удаление грыжевого мешка
- г) все, предусмотренное в п. А, и удаление грыжевого мешка, дополнительная апоневротическая или мышечно-апоневротическая пластика пахового канала
- д) все, предусмотренное в п. А, и дренирование паховой области через дно мошонки.

40. С момента ущемления паховой грыжи у мальчика в возрасте 2 лет прошло 8 часов. Ему необходимо:

- а) срочное оперативное вмешательство
- б) орошение грыжевого выпячивания хлорэтилом
- в) комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи
- г) кратковременный наркоз
- д) клизма с хлоралгидратом

41. Ущемление паховой грыжи возникло у девочки в возрасте 3 лет. Давность ущемления 1 час. Ей необходимо:
- ручное вправление грыжи
 - кратковременный наркоз
 - срочное оперативное вмешательство
 - комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на само вправление грыжи
 - клизма с хлоралгидратом
42. Ущемление паховой грыжи возникло у мальчика 1 года. при осмотре и ощупывании грыжевого выпячивания отмечены гиперемия и пастозность тканей. в этом случае необходимы:
- комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на само вправление грыжи
 - ручное вправление грыжи
 - срочное вправление грыжи под кратковременным наркозом
 - срочное оперативное вмешательство
 - назначение барбитуратов
43. Отличие приобретенное паховой грыжи от врожденной состоит в:
- характере грыжевого мешка
 - отношении элементов семенного канатика к грыжевому мешку
 - выходе грыжевого мешка через глубокой и поверхностное паховой кольцо
 - состоянии мышечно-апоневротических структур паховой области
 - канатиковой грыже
44. Оптимальный возраст оперативного вмешательства при паховой грыже:
- 6 мес.
 - 1 год
 - после установления диагноза
 - 3 года
 - 5 лет.
45. В обосновании возрастного срока оперативного вмешательства при паховой грыже лежат:
- особенности иммунитета
 - опасность развития осложнений паховой грыжи
 - особенности дифференцировки мышечно-апоневротических структур паховой области
 - характер метаболизма соединительной ткани
 - особенности обменных процессов
46. Оптимальным методом оперативного лечения паховой грыжи у мальчиков в возрасте 4,5 лет является:
- грыже сечение с обработкой брюшинной воронки в поверхностном паховом кольце без апоневротической пластики и оставлением дистального участка грыжевого мешка на месте
 - грыжепластика с укреплением передней стенки пахового канала (по черни-краснобаеву, мартынову, Жирару со швами по кимбаровскому и др.)
 - простая ампутация грыжевого мешка
 - грыжепластика с укреплением задней стенки пахового канала (по Бассини, постемскому и др).
 - все, перечисленное в п. А, и дополнительная апоневротическая пластика
47. Наиболее частым осложнением при использовании обычных (классических) методов грыже пластики при паховой грыжи у мальчика является:
- рецидив грыжи
 - высокое стояние яичка, его атрофия
 - приобретенный крипторхизм
 - отсутствие рефлекса кремастерной мышцы
 - болевого синдром
48. Основной особенностью грыже сечения у девочек является:
- использование косметических швов
 - зашивание поверхностного пахового кольца и пахового канала « наглухо»
 - выделение и сохранение круглой связки матки, восстановление анатомической целостности структур паховой области
 - использование кетгутового материала
 - операционный разрез по кожной складке
49. Удвоение пищеварительной трубки наиболее часто локализуется:
- в пищеводе
 - в желудке
 - в тонкой кишке
 - в толстой кишке
 - в прямой кишке
50. У мальчика в возрасте 5 лет в анамнезе имеют место периодические кишечные кровотечения, во время которых показатели гемоглобина снижаются до 30%. при диагностической лапаротомии обнаружен дивертикул меккеля. Основание дивертикула – 0,9 см в диаметре. в данном случае целесообразно:
- клиновидное иссечение
 - резекция кишки
 - удаление под углом 45°
 - открытие иссечение
 - криводействие
51. У ребенка в возрасте 2 лет имеют место выделения из пупочной ямки. причиной этого могут быть все перечисленное пороки развития, кроме:

- а) фунгуса
- б) незаращения мочевого протока
- в) дивертикула меккеля
- г) незаращения желчного протока
- д) кишечного свища

52. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему целесообразны:

- а) превентивная лапаротомия, ревизия брюшной полости, иссечение свища с пупком
- б) иссечение свища, лапаротомия, ревизия брюшной полости
- в) простое иссечение свища
- г) диагностическая лапаротомия
- д) криовоздействие при лапаротомии и ревизии брюшной полости

53. У ребенка в возрасте 1,5 лет обнаружена пупочная грыжа. Размеры грыжевых ворот – 1 *1 см.

Ему необходимы:

- а) наложение пелота
- б) лейкопластырная повязка
- в) оперативное вмешательство
- г) массаж передней стенки живота, ЛФК
- д) динамическое наблюдение

54. У ребенка перфоративный аппендицит. выпот прозрачный. Около отростка небольшое количество гноя, фибриновые наложения, инфильтрация тканей. произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика предусматривает.

- а) одномоментное введение антибиотиков
- б) резиновый тампон
- в) марлевый тампон
- г) промывание брюшной полости
- д) тампон микулича

55. У ребенка аппендикулярный холодный инфильтрат, обнаруженный во время операции. Дальнейшая тактика предусматривает:

- а) разделения инфильтрата, аппендэктомию
- б) марлевый тампон
- в) резиновый тампон
- г) глухой шов, раны, антибиотики и физиотерапию
- д) выключение инфильтрата

56. У ребенка перфоративный аппендицит. выпот в брюшной полости - серозногнойный. Давность заболевания - 2 дня. после аппендэктомии операцию следует завершить:

- а) промыванием брюшной полости 1-2 л фурацилина
- б) промыванием брюшной полости 5-6л фурацилина
- в) отсасыванием выпота, введением антибиотиков в брюшную полость
- г) микроирригацией
- д) «Лаважем» брюшной полости

57. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита (выпот гнойный) случайно обнаружен измененный меккелев дивертикул. Тактика по отношению к дивертикулу предусматривает:

- а) удаление дивертикула
- б) удаление дивертикула и промывание брюшной полости
- в) резекцию кишки
- г) дивертикул не удаляется
- д) удаление дивертикула и страховой дренаж

58. У девочки 10 лет во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит обнаружена перекрученная киста яичника. червеобразный отросток без изменений. произведено удаление кисты. червеобразный отросток:

- а) не удаляется
- б) аппендэктомия инвагинационным способом
- в) аппендэктомия кистетным способом
- г) аппендэктомия лигатурным способом

59. У ребенка боли в животе отмечаются в течение 6 дней . Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. мочеиспускание учащено. температура тела – 38° с. Лейкоцитоз -17.000. при обнаружении во время осмотра через прямую кишку плотной опухоли тактика по дежурству предусматривает:

- а) наблюдение, пункцию через прямую кишку в плановом порядке
- б) срочную диагностическую пункцию
- в) экстренную срединную лапаротомию
- г) антибиотики, пункцию через прямую кишку в плановом порядке
- д) экстренную лапаротомию в правой подвздошной области

60. У ребенка на вторые сутки после операции по поводу гангренозного аппендицита состояние резко ухудшилось. Рвота, тахикардия, бледность кожных покровов, падение гемоглобина. АД- 110/70 мм рт. ст. в данном случае необходимы:

- а) срочная срединная лапаротомия
- б) срочная лапаротомия в правой подвздошной области
- в) лапаротомия в плановом порядке
- г) холод на живот, переливание крови, викасол, хлористый кальций; наблюдение
- д) лапароцентез

61. На 7 –е сутки после аппендэктомии обнаружен плотный тазовый инфильтрат. Живот мягкий, безболезненный. необходимы:

- а) дренирование инфильтрата

- б) пункция инфильтрата через прямую кишку
- в) назначение антибиотиков и лечебных клизм
- г) назначение массивных доз антибиотиков
- д) наблюдение

62. У больного с после операционным тазовым инфильтратом на фоне консервативной терапии отмечаются повышение температуры тела, появление болей в нижних отделах живота, слизистые выделения из прямой кишки. Ему необходимы:

- а) смена антибиотиков
- б) ректальный осмотр, пункция инфильтрата
- в) ректороманоскопия
- г) операция, лапаротомия
- д) фиброколоноскопия

63. У ребенка в возрасте 10 лет на 4-е сутки после операции отмечаются явления ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- а) срочная операция
- б) операция в плановом порядке
- в) дача бария, наблюдение
- г) дача бария, консервативная терапия
- д) наблюдение

64. Продолжительность консервативной терапии при ранней спаечной непроходимости кишечника у детей составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 12-24 часа
- г) двое суток
- д) трое суток

65. Сроки консервативной терапии при поздней спаечной непроходимости у детей составляют не более:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 12 часов
- г) 24 часа
- д) 48 часов

66. Ребенок в возрасте 14 лет заболел внезапно. Отмечались резкие боли в эпигастральной области. Раньше не болел. Положение вынужденное, колени приведены к животу. Дыхание поверхностное. Живот болезнен, напряжен в эпигастральной и подвздошной областях. Печеночная тупость не определяется. Наиболее вероятный диагноз:

- а) острый аппендицит
- б) острый панкреатит
- в) перфоративная язва желудка
- г) спонтанный пневмоторакс
- д) меккелев дивертикул

67. Ребенок в возрасте 3 лет направлен на госпитализацию с диагнозом острого аппендицита. При осмотре в приемном покое данных за острый аппендицит нет. Ребенка следует:

- а) отпустить домой
- б) госпитализировать
- в) отпустить домой, активный вызов педиатра поликлиники
- г) отпустить домой, рекомендации повторного осмотра при появлении болей в животе
- д) отпустить домой под наблюдение хирурга поликлиники.

68. Ребенок в возрасте 5 лет повторно поступил по поводу инвагинации кишечника. При первом поступлении проводилось консервативное расправление инвагината. В данном случае необходимы:

- а) консервативное расправление
- б) срочная операция
- в) плановая операция
- г) дача бария через рот
- д) наблюдение

69. У новорожденного с острой формой болезни Гиршпрунга при неэффективности консервативной терапии необходима:

- а) колостома
- б) операция свенсона
- в) операция Дюамеля
- г) операция соаве
- д) энтеростома

70. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения подострой формы болезни Гиршпрунга является:

- а) 3-5 мес.
- б) 1 год
- в) после 3 лет
- г) после 7 лет
- д) после 10 лет

71. Оптимальным возрастом больного для оперативного лечения хронической формы болезни Гиршпрунга является:

- а) 3-6 мес.
- б) до 1 года
- в) до 3 лет

- г) до 10 лет
- д) до 15 лет

72. Появление запоров у детей с болезнью Гиршпрунга наиболее часто возникают в возрасте:

- а) после 6 мес.
- б) после 1 года
- в) после 3 лет
- г) после 6 лет
- д) после перенесенной кишечной инфекции.

73. Во время операции по поводу флегмонозного аппендицита в операционной ране случайно обнаружен неизменный меккелев дивертикул. в этом случае целесообразно:

- а) удаление закрытым способом
- б) оставление
- в) ушивание в плановом порядке
- г) резекция кишки
- д) удаление открытым способом

74. У ребенка во время операции обнаружен меккелев дивертикул, флегмонозно-измененный, на широком неизменном основании. кровотечение не было. Хирургическая тактика предусматривает:

- а) закрытый способ удаления на зажиме
- б) открытый способ удаления
- в) резекцию кишки, анастомоз, «конец в конец»
- г) лигатурный способ
- д) резекцию и анастомоз «бок в бок»

75. У ребенка в возрасте 8 мес. внезапно появились боли в животе приступообразного характера, однократная рвота. Живот не вздут, мягкий. пальпируется болезненное, подвижное опухолевидное образование 5:6 см. Давность заболевания -12 часов стул покле клизмы судный. наиболее вероятный диагноз:

- а) острый аппендицит
- б) тонкокишечная инвагинация
- в) удвоение кишечника
- г) мезаденит
- д) меккелев дивертикул

76. У ребенка в возрасте 6 лет диагностирован тонкокишечная инвагинация.

Ему необходима:

- а) срочная операция
- б) операция в плановом порядке
- в) консервативное расправление
- г) наблюдение
- д) исследование с бариевой взвесью.

77. Проведение консервативного расправления инвагинации кишечника возможно в следующие сроки от начала заболевания:

- а) до 6 час.
- б) до 12 час.
- в) до 18 час.
- г) до 24 час.
- д) до 36 час

2. Ортопедия.

1. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:

- а) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
- б) поворотом головы в здоровую сторону;
- в) поворотом головы в пораженную сторону;
- г) наклоном головы в здоровую сторону;
- д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.

2. Наиболее достоверным признаком одностороннего врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- а) ограничение отведения бедра;
- б) симптом маркса-Ортолани (соскальзывание);
- в) укорочение ножки;
- г) асимметрия кожных складок;
- д) наружная ротация ножки.

3. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра надо:

- а) в период новорожденности;
- б) в первые полгода жизни;
- в) до 1 года;
- г) показано оперативное лечение;
- д) в возрасте от 1 года до 3-х лет.

4. При диагностике сколиоза ранним признаком является:

- а) торсия позвонков;
- б) слабость мышечного корсета;
- в) асимметрия уровня лопаток;
- г) разница треугольников талии;
- д) круглая спина.

5. Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- а) ограничение отведения бедер
- б) симптом маркса-Ортолани (соскальзывания головки)
- в) укорочение ножки
- г) асимметрия кожных складок
- д) наружная ротация ножки

6. Консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует начинать:

- а) в период новорожденности
- б) в первые полгода жизни
- в) до года
- г) показано оперативное лечение
- д) в возрасте от 1 года до 3 лет

7. Лечение ребенка с врожденной косоплостью следует начинать:

- а) в первые 3 недели жизни
- б) через 3 мес. после рождения
- в) в полугодовалом возрасте
- г) после года жизни
- д) в возрасте от 1 года до 3 лет

3. Урология.

1. При анурии у детей противопоказана :

- а) обзорная рентгенография органов мочевой системы;
- б) экстреторная урография;
- в) цистоуретрография;
- г) ретроградная пиелография;
- д) цистоскопия.

2. Проведение цистоскопии у детей в экстренном порядке показано при :

- а) почечной колике;
- б) макрогематурии;
- в) анурии;
- г) острой задержке мочи;
- д) гипертоническом кризе.

3. Катетеризация является противопоказанием при острой задержке мочи, вызванной:

- а) фимозом;
- б) опухолью мочевого пузыря;
- в) камнем уретры;
- г) разрывом уретры;
- д) камнем мочевого пузыря.

4. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при её травме является :

- а) макрогематурия
- б) шок
- в) нарастающая припухлость в поясничной области
- г) лихорадка, озноб, рвота
- д) почечная колика

5. Наибольшая угроза полной обструкции возникает при:

- а) камне верхней чашечки
- б) коралловидном камне
- в) камне мочеточника
- г) камне мочевого пузыря
- д) камне нижней чашечки

6. Основными признаками напряженной водянки оболочек яичка являются:

- а) атрофия яичка
- б) болевой синдром
- в) пахивагиналит
- г) флегмона оболочек яичка
- д) гипогенитализм

7. Доступным и распространенным методом диагностики водянки оболочек яичка и семенного канатика является:

- а) диафаноскопия
- б) пункция оболочек яичка и семенного канатика
- в) рентгеноскопия или рентгенография
- г) эксплоративная скрототомия
- д) ксерография

8. Оптимальный возраст для оперативного вмешательства при водянке оболочек яичка и семенного канатика:
- а) 6 мес.
 - б) 1,5 года
 - в) 5 лет
 - г) 6 лет
9. Оптимальный возраст консервативного (пункционного) лечения водянки оболочек яичка и семенного канатика:
- а) с периода новорожденности до 1,5 лет
 - б) 1,5-3 года
 - в) 3-7 лет
 - г) 7-14 лет
 - д) после 14 лет
10. Выделение мочи из пупка связано:
- а) с эктопией мочевого пузыря
 - б) с полным свищем урахуса
 - в) с эписпадией
 - г) с клапаном задней уретры
 - д) с дивертикулом мочевого пузыря
11. К симптомам осложненного гидронефроза относится:
- а) гематурия
 - б) пиурия
 - в) пальпируемая опухоль
 - г) боль
 - д) дизурия
12. Наибольшую опасность осложнения апостематозным нефритом обуславливает:
- а) камень верхней чашечки
 - б) камень лоханки
 - в) коралловидный камень почки
 - г) камень мочеточника
 - д) камень мочевого пузыря
13. Из пороков развития полным недержанием мочи сопровождается:
- а) татальная эписпадия
 - б) промежностная гипоспадия
 - в) субсимфизарная эписпадия
 - г) лапан задней уретры
 - д) эктопическое уретероцеле
14. Симптом капельного недержания мочи характерен:
- а) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек
 - б) для эктопии устья добавочного мочеточника у мальчиков
 - в) для эктопического уретероцеле
 - г) для латеральной пузырной эктопии устья
15. Красочная проба является наиболее информативной:
- а) при уретероцеле добавочного мочеточника
 - б) при рефлюкс в мочеточник верхней половины удвоенной почки
 - в) при эктопии устья добавочного мочеточника у мальчика
 - г) при эктопии устья добавочного мочеточника у девочек
 - д) при уретерогидронефрозе одной из половин удвоенной почки
16. Двустороннюю тотальную макрогематурию обуславливают:
- а) мочекаменная болезнь
 - б) гидронефроз
 - в) острый гломерулонефрит
 - г) опухоль почки
 - д) парацельвикальная киста почки
17. В проблеме крипторхизма справедливы все перечисленные положения, кроме:
- а) основное осложнение крипторхизма- гипотениализм и бесплодие
 - б) крипторхизм – системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек
 - в) лечение крипторхизма начинают с 2-летнего возраста
18. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Оперативное лечение следует рекомендовать:
- а) до 6 лет
 - б) до 10 лет
 - в) до 12 лет
 - г) до 16 лет
 - д) проводить безотлагательно
19. В проблемы лечения крипторхизма справедливы все перечисленные положения, кроме:
- а) показания к лечению гормонами возникают редко
 - б) лечение крипторхизма проводят до 2-летнего возраста
 - в) двухэтапное оперативное низведение яичка служит методом выбора
 - г) оперативное низведение яичка производят путем мобилизации элементов семенного канатика

д) ни одно из перечисленных.

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

- а) динамическое наблюдение
- б) гормональную терапию
- в) безотлагательное оперативное вмешательство
- г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
- д) динамическое наблюдение в течение 2 лет.

21. У мальчика в возрасте 2 мес. обнаружен крипторхизм в форме паховой ретенции в сочетании с клинически выраженной грыжей . Ему необходимы:

- а) гормональная терапия
- б) безотлагательное оперативное вмешательство
- в) диспансерное наблюдение
- г) оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
- д) активное динамическое наблюдение

22. Дегенеративные процессы в неопущенных яичках отчетливо прослеживаются:

- а) с периода новорожденности
- б) с 2 лет
- в) с 6 лет
- г) с 12 лет
- д) с 16 лет

23. Больной 5 лет поступил с диагнозом « правосторонний орхит». в анамнезе заболевание началось накануне внезапно- почувствовал резкую боль в правой половине мошонки, через 1 час появились отек и гиперемия мошонки. За 10 дней до этого перенес паротит. при осмотре – отек и гиперемия мошонки резко выражены, яичко болезненное увеличено в размерах и подтянуто к корню мошонки. наиболее вероятный диагноз:

- а) правосторонний паротитный орхит
- б) перекрут яичка
- в) перекрут гидатиды
- г) аллергический отек мошонки
- д) флегмона мошонки.

4. Травматология и экстренная хирургия.

1. Ребенок упал с высоты. состояние ср. тяжести. Жалобы на боли в животе. Болезненность при перкуссии непостоянное напряжение мышц живота. начать обследование целесообразно с:

- а) рентгенографии брюшной полости;
- б) ультразвукового исследования;
- в) лапароскопии;
- г) лапароцентеза;
- д) внутривенной урографии.

2. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование:

- а) рентгенография брюшной полости;
- б) лапароцентез;
- в) лапаротомия;
- г) ультразвуковое исследование;
- д) ангиография.

3. У ребенка травма с повреждением прямой кишки и сфинктерного аппарата. Боли в животе. перитонеальные знаки. на обзорной рентгенограмме свободный газ в брюшной полости. необходима

- а) ревизия и санация брюшной полости;
- б) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома;
- в) ревизия и санация раны, ревизия брюшной полости;
- г) ревизия и санация брюшной полости и ран, сигмостома;
- д) ревизия раны, наблюдение.

4. При травме грудной клетки у детей чаще всего встречаются:

- а) перелом каркаса без повреждения органов;
- б) ушибы грудной клетки без повреждения органов;
- в) ушибы грудной клетки с повреждением органов;
- г) переломы грудины;
- д) переломы ребер.

5. Консервативная тактика повреждения пищевода оправдана при:

- а) проникающем ранении абдоминального отдела пищевода;
- б) повреждении пищевода с повреждением плевры;
- в) инструментальном проникающем ранении;
- г) непроникающем ранении;
- д) проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.

6. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана в случае:

- а) повреждения пищевода с повреждением плевры;
- б) свежей перфорации инородным телом;
- в) повреждения слизистой до мышечного слоя;

- г) проникающем инструментальном поражении;
- д) проникающего ранения грудной клетки с повреждением пищевода.

7. При вколоченном переломе верхнего конца плечевой кости без смещения в плечевом суставе нарушается:

- а) отведение;
 - б) приведение;
 - в) сгибание;
 - г) разгибание;
- д) все виды движения сохранены.

8. Диагностировать перелом плеча в средней трети возможно на основании

- а) нарушения движения;
- б) нарушения движения и припухлости;
- в) нарушения движения, припухлости и деформации;
- г) нарушения движения, припухлости, деформации и патологической подвижности;
- д) все элементы вместе взяты.

9. При транспортировке больного с переломом позвоночника оптимальным положением является:

- а) на щите, на спине с соблюдением "оси безопасности"
- б) на боку на носилках;
- в) на носилках в положении "лягушки";
- г) на щите, на животе;
- д) не имеет значения.

10. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без смещения отломков является:

- а) гематома в области плечевого сустава;
- б) крепитация отломков;
- в) гемипарез;
- г) "беспричинный" плач ребенка при пеленании;
- д) внутренняя ротация руки.

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

- а) степень нарушения мозгового кровообращения;
- б) размеры родовой опухоли на голове;
- в) наличие кефалогематомы;
- г) перелом черепа;
- д) степень смещения костей черепа.

12. Тактика при вдавленных родových переломах черепа включает:

- а) лечения не требует;
- б) интенсивную инфузионную терапию;
- в) хирургическую коррекцию методом репозиции;
- г) резекционную трепанацию черепа;
- д) резекционную трепанацию с последующей аллопластикой.

13. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают при переломах:

- а) внутрисуставных;
- б) метафизарных;
- в) метадиафизарных;
- г) диафизарных;
- д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

14. Из перечисленных нервов страдает чаще других при отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости:

- а) локтевой;
- б) срединный;
- в) лучевой;
- г) плечелучевой;
- д) все нервы.

15. Ротационный подвывих головки лучевой кости характерен для:

- а) новорожденных;
- б) детей до года;
- в) от 1 до 3-х лет;
- г) от 3-х до 10-ти лет;
- д) от 10-ти до 15-ти лет.

16. Патологически обоснованными мероприятиями при травматическом шоке являются:

- а) возмещение кровопотери
- б) устранение острой дыхательной недостаточности
- в) блокирование очага патологической импульсации.
- г) восстановление или протезирование функций поврежденных органов
- д) все перечисленное.

17. Для сотрясения мозга характерно все перечисленное, кроме:

- а) потери сознания
- б) тошноты, рвоты
- в) головной боли

- г) истечения ликвора из уха
 - д) ретроградной амнезии
18. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются все перечисленные, кроме:
- а) вторичной потери сознания
 - б) развития генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы
 - в) анизокории
 - г) птоза верхнего века
 - д) гемипареза или гемиплегии
19. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является:
- а) кровотечение из носа
 - б) потеря сознания
 - в) головная боль.
 - г) эпилептические припадки
 - д) головокружение, нистагм
20. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:
- а) сильная головная боль.
 - б) рвота
 - в) ликворея из носа
 - г) подкожная гематома
 - д) наличие перелома на краниограмме
21. Характерным для перелома основания черепа признаком является:
- а) наличие рвано-ушибленной раны
 - б) бессознательной состояние больного
 - в) истечение крови и жидкости из ушного прохода
 - г) жалобы на сильную головную боль.
 - д) кровоподтеки в области шеи.
22. Ребенок 4 месяцев упал с пеленального столика а) со слов родителей, утраты сознания не было. Ребенок был возбужден, плакал, затем успокоился, уснул. после кормления отмечено срыгивание. на следующий день во время купания ребенка родители заметили значительную мягкую припухлость в томной области. Обратились в поликлинику. предположительный диагноз:
- а) острый отит.
 - б) сотрясение головного мозга
 - в) ушиб мозга, перелом костей черепа, гематома мягких тканей.
 - г) перелом костей черепа
 - д) ушиб головного мозга, ушиб мягких тканей теменной области.
23. Ребенок 4 месяцев упал с пеленального столика а) со слов родителей, утраты сознания не было. Ребенок был возбужден, плакал, затем успокоился, уснул. после кормления отмечено срыгивание. на следующий день во время купания ребенка родители заметили значительную мягкую припухлость в томной области. Обратились в поликлинику. Ребенка необходимо:
- а) срочно госпитализировать в детский нейрохирургическое или хирургическое отделение.
 - б) сделать рентгенограмму черепа
 - в) направить на консультацию к детскому невропатологу.
 - г) произвести пункцию гематомы, применить лечение в амбулаторных условиях.
24. Ребенок 8-и месяцев был обнаружен родителями около коляски (по – видимому, выпал, очевидец не было). Изменений в поведении не отмечено. в лобной части имеется небольшой кровоподтек. после кормления у ребенка повторная рвота а) Дважды отмечен жидкий стул. Ребенку необходимо:
- а) произвести рентгенограмму черепа и обеспечить консультацию нейрохирурга
 - б) обеспечить консультацию педиатра
 - в) провести лечение в амбулаторных условиях
 - г) госпитализировать в нейрохирургическое отделение
 - д) верно а и б .
25. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:
- а) ограничение открывание рта
 - б) нарушение прикуса
 - в) кровотечение из носа
 - г) асимметрия лица
 - д) диплопия
26. В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют:
- а) фиксацию с валиком в подмышечной области
 - б) фиксацию без валика, но в повязке Дезо
 - в) фиксацию кольцами Дельпе
 - г) любой из перечисленных способом
27. Перелом ключицы следует дифференцировать:
- а) с вывихом ключицы
 - б) с переломом хирургической шейки плеча
 - в) с вывихом головки плеча
 - г) с отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча
28. При переломах дистального конца плечевой кости часто повреждаются :
- а) подмышечный нерв

- б) лучевой
 - в) мышечно-кожный нерв
 - г) срединный нерв
29. При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение:
- а) мягкой повязке Дезо
 - б) гипсовой повязке Дезо
 - в) шины Крамера
 - г) гипсовой повязки по Вайнштейну
 - д) торакобрахиальной гипсовой повязки
30. Антибиотикотерапия у обожженных применяется:
- а) при поверхностных ожогах
 - б) при ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью
 - в) при развитии осложнений
 - г) для лечения обожженных в условиях поликлиники
31. Отличительными признаками, характеризующими ожоги лица, являются частое сочетание их:
- а) с поражением глаз
 - б) с ожогами дыхательных путей
 - в) частое развитие острых психозов
 - г) с ожогами шеи
 - д) все вышеперечисленное
32. При термических ожогах III степени в обязательном порядке повреждается:
- а) весь сетчатый слой кожи
 - б) частично органеллы кожи эпителиального характера
 - в) сосочковый слой
 - г) частично подкожно-жировая клетчатка
 - д) правильно б и в.
33. Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:
- а) к закрытию раны спиртовой повязкой
 - б) к наложению на обожженную конечность повязки с мазью а) в) Вишневского
 - в) к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
 - г) возможно все перечисленное
 - д) ничего из перечисленного
34. Для ожогового шока характерны:
- а) нормальная температура тела
 - б) гипертермия
 - в) гиповолемия
 - г) анемия
 - д) правильно а и в)
35. Из перечисленных показателей наиболее информативными при ожоговом шоке являются:
- а) артериальное давление
 - б) центральное венозное давление
 - в) объем циркулирующей крови
 - г) лейкоцитоз
 - д) правильно
36. Контроль гематокрита и гемоглобина больными при тяжелом ожоговом шоке необходим:
- а) каждые 4 часа
 - б) каждые 6 часов
 - в) каждые 8 часов
 - г) 2 раза в сутки
 - д) 1 раз в сутки
37. Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать:
- а) мази на основе ПЭГ (полиэтиленгликоля)
 - б) аэрозолям
 - в) биологическим покрытиям
 - г) раствору фурацилина
38. Критической (в смысле угрозы генерализации инфекции) является бактериальная обсемененность ран, составляющая на 1 г биоптата из ожоговой раны:
- а) 1000 микробных тел
 - б) 10 000 микробных тел
 - в) 100 000 микробных тел
 - г) 1 000 000 микробных тел
39. Лечение мазями при глубоких ожогах лучше начинать:
- а) до отторжения некротических тканей
 - б) после отторжения некротических тканей
 - в) применение мазей при глубоких ожогах противопоказано.

40. Показанием к нефрэктомии при сочетанной травме почки и органов брюшной полости является:
- а) обширная забрюшинная гематома
 - б) разрыв нижнего полюса почки
 - в) разможжение почки
 - г) разрыв лоханки
 - д) субкапсулярная гематома
41. У больного ребенка тяжелое состояние, выраженная дыхательная недостаточность, звонкий голос, периодически слышен симптом «хлопка». в данном случае речь идет:
- а) об инородном теле бронха
 - б) об инородном теле гортани
 - в) о Фиксированном инородном теле трахеи
 - г) о баллотирующем инородном теле трахеи
 - д) об инородном теле пищевода
42. Ребенок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Ему следует сделать промывание желудка:
- а) щелочным раствором
 - б) подкисленным раствором
 - в) Холодной водой
 - г) водой комнатной температуры
 - д) горячей водой.
43. Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Ему нужно сделать промывание желудка:
- а) холодной водой
 - б) водой комнатной температуры
 - в) щелочным желудок
 - г) подкисленным раствором
 - д) горячей водой.
44. При свежем ожоге пищевода предпочтение следует отдать:
- а) «слепому» методу бужирования
 - б) через эзофагоскоп
 - в) за нитку
 - г) ретроградному методу бужирования
 - д) не бужировать
45. Фиксировать руку у новорожденного с переломом ключицы и травмой плечевого сплетения можно:
- а) прибинтовав руку к туловищу
 - б) наложив повязку дезо
 - в) фиксируя руку в положении отведения плеча под углом 90°
 - г) фиксация не обязательна
 - д) фиксация при запрокидывании руки за спину

5. Хирургия новорождённых.

1. Ректостигматический свищ при нормальном заднем проходе оперируют:
- а) по установлению диагноза;
 - б) в 1-2 года;
 - в) в 3-4 года;
 - г) в 7 лет;
 - д) в более старшем возрасте.
2. Исследование по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:
- а) 4 часа после рождения;
 - б) 8 часов после рождения;
 - в) 10 часов после рождения;
 - г) 18-24 часа после рождения;
 - д) 32 часа после рождения.
3. Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:
- а) отхождение мекония через уретру;
 - б) отхождение газов через уретру;
 - в) выделении газов и мекония при надавливании на живот
 - г) наличие газа в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании
 - д) все перечисленное.
4. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей являются:
- а) бессвищевая форма атрезии;
 - б) свищ в мочевой пузырь;
 - в) свищ уретральный;
 - г) узкий и длинный промежностный свищ;
 - д) все перечисленное.
5. К клиническим симптомам атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем относятся все перечисленные, кроме:
- а) цианоза
 - б) одышки
 - в) запавшего живота
 - г) пенистых выделений изо рта

д) крепитирующих хрипов при аускультации легких.

6. Все перечисленные диагностические мероприятия для выявления атрезии пищевода верны, кроме:

- а) рентгенограмм пищевода с йодолиполом
- б) эзофагоскопии
- в) рентгенограммы пищевода с введением резинового катетера
- г) трахеобронхоскопии

д) введение в пищевод воздуха по катетеру

7. При анализе рентгенограммы больного с атрезией пищевода с контрастированным верхним сегментом можно узнать все кроме:

- а) уровня атрезии
- б) формы атрезии
- в) степени воспалительных изменений в легких
- г) величины трахео-пищеводного свища

д) выявить сопутствующую атрезию кишечника

8. Перед отправкой в специализир. стационар ребенку с атрезией пищевода необходимо выполнить все следующее кроме:

- а) назначить викасол
- б) ввести антибиотики
- в) поместить ребенка в транспортировочный кювет
- г) получить стул
- д) ввести катетер для аспирации слюны.

9. Предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза должно составлять:

- а) 0,5см
- б) 1,0см
- в) 1,5см
- г) 2,0см
- д) 2,5см.

10. При предоперационной подготовке больного с трахео-пищеводным свищем целесообразны все мероприятия кроме:

- а) парентерального питания
- б) кормления через зонд, введенный в желудок
- в) санационной бронхоскопии
- г) антибактериальной терапии
- д) оксигенотерапии.

11. У 3-х недельного ребенка подозревается пилоростеноз, который можно подтвердить всем перечисленным, кроме:

- а) пальпации увеличенного привратника
- б) видимой перистальтики желудка
- в) задержки бариевой взвеси в желудке
- г) рвоты зеленью
- д) возрастного дефицита вес

12. Масса тела у больного с пилоростенозом характеризуется:

- а) прогрессирующим падением массы тела
- б) малой прибавкой массы
- в) возрастным дефицитом массы тела
- г) неравномерным увеличением массы тела
- д) умеренным падением массы тел

13. Рвота при пилоростенозе характеризуется:

- а) скудным срыгиванием
- б) обильным срыгиванием
- в) рвотой фонтаном
- г) рвотой по объему меньшей, чем ребенок высосал
- д) неукротимой рвотой.

14. При пилоростенозе характерна рвота:

- а) створоженным молоком
- б) желчью
- в) мекониальная
- г) с примесью крови
- д) слизью.

15. Из перечисленных наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- а) симптом "песочных часов"
- б) вздутие эпигастрия после кормления
- в) пальпация увеличенного привратника
- г) гипотрофия
- д) олигурия.

16. Достоверным рентгенологическим признакам пилоростеноза относятся:

- а) задержка контраста в желудке
- б) выявление в поздние сроки контраста в пищеводе
- в) поступление контраста мелкими порциями по кишечнику
- г) суженый пилорический канал / синдром "клювика"/
- д) повышенный рельеф слизистой желудка и привратник а)

17. клинические симптомы пилороспазма появляются:

- а) в первые часы после рождения
- б) с первых дней после рождения
- в) на второй неделе после рождения
- г) на третьей неделе жизни
- д) спустя месяц после рождения.

18. Все перечисленные заболевания входят в дифференциально-диагностический ряд пилоростеноза, кроме:

- а) высокой атрезии 12-перстной кишки
- б) адреногенитального синдрома
- в) пилороспазма
- г) гипохромной анемии
- д) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

19. При повреждении слизистой в ходе пилоротомии следует:

- а) ушить дефект слизистой, прикрыв швы мышцей
- б) сделать пилоропластику, прикрыв мышцей линию швов
- в) подвести к дефекту сальник на ножке
- г) произвести пилоромиотомию на другом участке
- д) подшить к поврежденному месту петлю тощей кишки.

20. К клиническим признакам полной высокой кишечной непроходимости относятся все симптомы, исключая:

- а) частую рвоту с примесью желчи
- б) рвоту без примеси желчи
- в) частое мочеиспускание
- г) запавший живот
- д) аспирационный синдром

21. Наличие на обзорной рентгенограмме 2-х уровней доказывает:

- а) атрезию тощей кишки
- б) острую форму болезни Гиршпрунга
- в) атрезию пилорического канала
- г) полную непроходимость 12-перстной кишки
- д) артерио-мезентериальную непроходимость.

22. Для острой формы болезни Гиршпрунга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) интоксикации
- б) запавшего живота
- в) эксикоза
- г) задержки /отсутствия/ стула
- д) вздутого живота с валами перистальтики.

23. Боковая инвертограмма у новорожденного с атрезией ануса, должна быть сделана через 24-28 часов для того чтобы:

- а) подтвердить диагноз
- б) обнаружить уровни в кишечнике
- в) определить объем и сроки предоперационной подготовки
- г) определить высоту атрезии
- д) ничего из перечисленного

24. К симптомам заворота кишечника у новорожденного относятся все перечисленные, кроме:

- а) беспокойства
- б) гематурии
- в) мелены
- г) пальпируемого опухолевидного образования
- д) повторной рвоты.

25. В ходе операции у новорожденного с синдромом ледда целесообразно выполнить все перечисленные манипуляции, кроме:

- а) ликвидация заворота кишечника
- б) цекопексии
- в) рассечения эмбриональных спаек
- г) аппендектомии
- д) зонд в тощую кишку для энтерального питания.

26. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является:

- а) лейкоцитоз
- б) рвота застойным отделяемым
- в) отек, гиперемия брюшной стенки
- г) жидкий стул
- д) динамическая непроходимость.

27. Среди многообразных форм нарушения облитерации элементов пупочного канатика наиболее частым является:

- а) неполный свищ желчного протока
- б) полный свищ желчного протока
- в) энтерокистома
- г) дивертикул Меккеля
- д) свищ урахус

28. Среди пороков развития и заболеваний грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего хирургической коррекции является:
- а) лобарная эмфизема
 - б) деструктивная пневмония
 - в) ложная диафрагмальная грыжа
 - г) врожденные ателектазы
 - д) опухоль средостения.
29. Длина анального канала у новорожденных детей соответствует:
- а) 1-2 см
 - б) 2-3 см
 - в) 3-4 см
 - г) 4-5 см
 - д) 5-6 см
30. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:
- а) одышка
 - б) беспокойство
 - в) рвота
 - г) судороги
 - д) цианоз
31. Рвота при пилоростенозе характеризуется:
- а) скудным срыгиванием
 - б) обильным срыгиванием
 - в) рвотой фонтаном
 - г) рвотой, по объему меньшей, чем ребенок высосал за 1 раз
 - д) неукротимой рвотой
32. Ведущим диагностическим приемом для выявления пилоростеноза является:
- а) аускультации брюшной полости
 - б) рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью
 - в) пальпаторное обнаружение увеличенного привратника
 - г) гастродуоденоскопия
 - д) биохимическое исследование крови
33. На почве нарушения нормального вращения кишечника развиваются все перечисленные заболевания кроме:
- а) пупочной грыжи
 - б) заворота средней кишки
 - в) забрюшинного расположения червеобразного отростка
 - г) синдрома ледда
 - д) внутренних ущемленных грыж
34. Перфорация желудка у новорожденного может быть вызвана любой из перечисленных причин, кроме:
- а) мембраны пилорического канала
 - б) Язвы желудка
 - в) пилоростеноза
 - г) родовой травмы
 - д) дыхания под постоянным положительным давлением
35. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 18 часов для того, чтобы:
- а) подтвердить диагноз
 - б) обнаружить уровни в кишечнике
 - в) определить объем и сроки предоперационной подготовки
 - г) определить высоту атрезии
 - д) ничего из сказанного выше
36. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:
- а) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ
 - б) аплазия пищевода
 - в) атрезия пищевода
 - г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
 - д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом
37. Все перечисленные диагностические мероприятия для выявления атрезии пищевода верны, кроме:
- а) рентгенограммы пищевода с йодолиполом
 - б) Эзофагоскопии
 - в) рентгенограммы пищевода с введенным резиновым катетером
 - г) Трахеобронхоскопии
 - д) введения в пищевод воздуха через находящийся в нем катетер
38. Перед отправкой ребенка с атрезией пищевода необходимо сделать все перечисленное, кроме:
- а) назначить викасол
 - б) ввести антибиотики
 - в) поместить ребенка в транспортированный кувез
 - г) получить стул, ввести катетер в верхний сегмент пищевода для аспирации слюны
39. Для атрезии желчных ходов характерно:
- а) все больные излечиваются оперативным путем при своевременно поставленном диагнозе

- б) стул землистого цвета или обесцвеченный с рождения
- в) большинство детей рождаются желтушными
- г) обязательно возникновение асцита
- д) ничего из сказанного выше

6. Анестезиология и реанимация.

1. Наиболее частые показания для прямой ларингоскопии :

- а) проведение желудочного зонда;
- б) обструкция верхних дыхательных путей, интубация трахеи;
- в) дыхательная недостаточность;
- г) первичная реанимация;
- д) пневмоторакс.

2. Наиболее частые осложнения прямой ларингоскопии :

- а) пневмоторакс ;
- б) носовое кровотечение;
- в) выпихивание зубов, травма верхней челюсти;
- г) разрыв бронха;
- д) травма пищевода

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

- а) прямая линия на ЭЭг, отсутствие тонов сердца, ад=0, цианоз
- б) остановка дыхания, отсутствие периферического пульса, ад=0
- в) анизокория, судороги, прямая линия на Экг и ЭЭг
- г) нарушение ритма дыхания, анизокория, цианоз, ад=0
- д) остановка дыхания, изменение цвета кожных покровов, отсутствие пульса на сонной артерии, расширение зрачков

4. Восстановить мозговой кровоток при остановке сердца надо:

- а) в течение 1 минуты;
- б) в течение 2 минут;
- в) в течение 4 минут;
- г) в течение 5 минут;
- д) не позднее 6 минут.

5. Ладони для проведения эффективного непрямого массажа сердца следует расположить:

- а) на границе средней и нижней трети грудины;
- б) на верхней части грудины;
- в) на мечевидном отростке;
- г) в пятом межреберном промежутке слева;
- д) с обеих сторон грудной клетки.

6. При неэффективности вентиляции во время первичной реанимации следует:

- а) запрокинуть голову, поднять челюсть и продолжать;
- б) позвать другого анестезиолога;
- в) инкубировать трахею и проводить вентиляцию мешком;
- г) поставить вопрос об имплантации водителя ритма;
- д) ввести подкожно кордиамин.

7. Правильно проводимый непрямой массаж сердца:

- а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию;
- б) должен проводиться на твердой поверхности;
- в) обеспечивать 50% от нормального сердечного выброса;
- г) сопровождается переломом одного или нескольких ребер;
- д) эффективен при соблюдении всех вышеуказанных пунктов

8. Показаниями для аппаратной вентиляции легких являются:

- а) одышка, цианоз;
- б) рсо₂ выше 55 мм. рт. ст. и ро₂ ниже 55 мм. рт. ст. (в артериальной крови)
- в) потеря сознания, анизокория;
- г) множественные переломы конечностей;
- д) охлаждение, кровопотеря.

9. К основным особенностям поражения электротоком относятся:

- а) алкалоз, снижение гемоглобина, гипонатриемия;
- б) судороги, “знаки тока”, поражение миокарда;
- в) боли в животе, полиурия, гипокальциемия;
- г) обструктивн. синдром, повышен. рсо₂, гиперкальциемия
- д) ацидоз, отеки, гипопротейнемия.

10. Отек мозга нередко развивается при:

- а) сердечно-легочной реанимации;
- б) травме мозга;
- в) гипоальбуминемии;
- г) длительной гипоксемии;
- д) при всех вышеуказанных ситуациях.

11. Во время реанимации для предупреждения отека мозга следует:

- а) охладить голову, в/в ввести гомк, альбумин, начать Ивл;
- б) внутривенно ввести глюкозу, стимуляторы дыхания;
- в) назначить допамин, сердечные гликозиды, камфору;
- г) ввести лазикс, аспирин, замороженную плазму;
- д) сделать кровопускание, горчичники.

12. Охлаждение новорожденного во время операции вызывает:

- а) несовершенство центров терморегуляции;
- б) переливание жидкостей;
- в) переливание холодной крови;
- г) дыхание по полуоткрытому контуру;
- д) все вышеуказанное.

13. Препарат выбора для наркоза у новорожденного :

- а) эфир;
- б) фторотан;
- в) нейролептики;
- г) трилен;
- д) гексенал.

14. Основным показанием к гемотрансфузии является:

- а) парентеральное питание
- б) стимуляция кроветворения
- в) значительная анемия от кровопотери
- г) дезинтоксикация
- д) иммунокоррекция

15. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания:

- а) эритромасты
- б) донорской крови
- в) кристаллоидных растворов
- г) коллоидных растворов
- д) правильно в и г

16. Больному с ав (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать крови:

- а) ав (IV) резус +
- б) ав (IV) резус –
- в) в (III) резус +
- г) а (II) резус –
- д) о (I) резус –

17. Противопоказанием к гемотрансфузии являются:

- а) тяжелая операция
- б) хирургическая инфекция
- в) шок
- г) тяжелое нарушение функции пени
- д) снижение яд

18. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является:

- а) анафилаксия
- б) острый внутрисосудистый гемолиз
- в) снижение ад)
- г) гипертермия
- д) отек мозг

19. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

- а) плазмой реципиента и кровью донора
- б) плазмой донора и кровью реципиента
- в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора
- г) сформированными элементами крови донора и кровью реципиента
- д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиент

20. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением:

- а) острой анемии
- б) гнойной интоксикации
- в) повышения защитной силы организма
- г) с целью гемостаза
- д) Тяжелых нарушений функций печени и почек

21. Для лечения гиповолемии вначале используют:

- а) вазопрессоры
- б) кардиотонические средства
- в) плазмозаменители
- г) эритромасту
- д) донорскую кровь.

22. Основной причиной смерти больного от строй кровопотери является:

- а) дефицит гемоглобина
 - б) гиперволемиа олигоцитимическая
 - в) гиперпротеинемия
 - г) коагулопатия
 - д) расстройство микроциркуляции и метаболизма от гиповолемии
23. В консервированной крови функциональная активность тромбоцитов практически прекращается через:
- а) 4 часа хранения
 - б) 12 часов хранения
 - в) 24 часа хранения
 - г) 3 суток хранения
 - д) 4 суток хранения
24. Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием всего перечисленного, кроме:
- а) донорской крови
 - б) альбумина
 - в) плазмы
 - г) криопреципитата
 - д) тромбомассы
25. Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:
- а) 1 суток
 - б) 2 суток
 - в) 3 суток
 - г) 1 недели
 - д) срок не ограничен, если она жидкая
26. При возникновении выраженной аллергической реакции на введение пенициллина наиболее эффективным средством для лечения этого осложнения является:
- а) супрастин
 - б) аминокапроновая кислота
 - в) преднизолон
 - г) пенициллиназа
 - д) димедрол.
27. Больному с a_2 (II) – необходимо перелить донорскую плазму. плазма этой группы отсутствует. больному возможно переливание плазмы:
- а) a_1 в (IV)
 - б) о (I)
 - в) только одногруппную плазму
 - г) о (I)
 - д) любую сухую.
28. При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:
- а) гистамина
 - б) гистамина и серотонина
 - в) гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (мрс)
 - г) гистамина, серотонина, мрс и брадикинина
 - д) гистамина, серотонина, мрс, брадикинина и ацетилхолина
29. Самое грозное осложнение, характерное для внутриартериального переливания крови:
- а) нарушение кровообращения в конечности, в артерию которой переливалась кровь.
 - б) острое расширение сердца
 - в) почечная недостаточность
 - г) анафилактический шок
 - д) воздушная эмболия
30. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при рН:
- а) 7.25-7.43
 - б) 7.46-7.51
 - в) 7.35-7.45
 - г) 7.19-7.28
 - д) 7.10-7.18
31. Изотонический считается концентрация раствора глюкозы:
- а) 0,8%
 - б) 3%
 - в) 4,2%
 - г) 5%
 - д) 10%
32. Признаками гиперкалиемии являются:
- а) сонливость и слабость
 - б) заостренный зубец Т. на ЭКГ
 - в) гипертензия
 - г) цианоз
33. Показанием к прямому массажу сердца является:
- а) остановка дыхания.

- б) остановка сердца
- в) потеря сознания
- г) отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение 2 минут
- д) фибрилляция сердца

34. Наиболее вероятная причина развития немедленной реакции при быстром переливании большого количества консервированной крови:
- а) низкая температура переливаемой крови
 - б) недостаток кальция в переливаемой крови
 - в) наличие в переливаемой крови цитрата
 - г) высокий уровень калия в переливаемой крови
 - д) ацидоз переливаемой крови

7. Онкология.

1. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:

- а) пальпации под наркозом;
- б) ультразвукового исследования;
- в) обзорной рентгенографии брюшной полости;
- г) лапароскопии;
- д) внутривенной урографии.

2. У девочки в возрасте 5 лет обнаружена допубертатная гиперплазия одной из грудных желез. Ей необходима

- а) пункция
- б) расширенная биопсия
- в) биопсия
- г) динамическое наблюдение
- д) мастэктомия

3. У девочки в возрасте 5 лет обнаружено образование в области левой грудной железы образования плотной консистенции, болезненное, размером 0,5x0,5 см, связанное с грудным соском. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

- а) доброкачественная опухоль грудной железы (ангиома, лимфангиома и т.д.)
- б) злокачественная опухоль грудной железы
- в) остеома ребра
- г) допубертатная гиперплазия грудной железы
- д) мастит

4. Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает:

- 1. аденома;
- 2. тератома;
- 3. кавернозная гемангиома;
- 4. гамартома.

5. Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте:

- 1. до 2 лет;
- 2. после 2 лет;
- 3. после 10 лет;
- 4. после 15 лет.

6. Реакция -фетопротеина при гепатобластомах у детей:

- 1. положительная во всех случаях;
- 2. положительная только у детей до 1 года;
- 3. ложноотрицательная до 25% случаев.

7. Реакция абелева – Татаринова может быть положительной при:

- 1. злокачественных гепатомах;
- 2. вирусных гепатитах;
- 3. у детей в возрасте до 1 года;
- 4. все ответы правильны.

8. Для установления диагноза опухоли печени у детей применяются:

- 1. ангиография;
- 2. ультразвуковая томография;
- 3. сцинтиграфия печени;
- 4. компьютерная томография;
- 5. все перечисленные методы.

9. При диагностике опухоли печени у детей противопоказаны следующие исследования:

- 1. аспирационная биопсия;
- 2. пункционная биопсия слепым методом;
- 3. лапароскопия с биопсией;
- 4. правильны ответы 1 и 2.

10. Ребенку 1 год. Опухоль располагается в левом подреберье, мягко-эластичной консистенции, ограниченно подвижная. В области правой лопатки и на левой ягодицы кавернозные гемангиомы. При аускультации над опухолью прослушивается систолический шум.

1. опухоль Вильмса;
2. кавернозная гемангиома печени;
3. гепатобластома.

11. Наиболее частая локализация нейробластомы у детей:

1. забрюшинное пространство;
2. средостение;
3. область шеи;
4. малый таз.

12. При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль:

1. неподвижная, бугристая, переходит среднюю линию живота;
2. подвижная, гладкая, пальпируется в нижних отделах живота;
3. умеренно подвижная, плотноэластическая, не переходит среднюю линию живота;
4. умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области.

13. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей:

1. высокий уровень эмбрионального -фетопротейна;
2. высокий уровень катехоламинов в моче;
3. высокий уровень глюкозы в крови;
4. «сосудистые звездочки» на коже;
5. макрогематурия.

14. Каким опухоли у детей свойственно поражение по типу «песочных часов»?

1. нефробластоме;
2. нейробластоме;
3. гепатобластоме;
4. дисгерминоме яичника.

15. При какой опухоли детского возраста при рентгенологическом исследовании могут быть обнаружены кальцификаты в виде мелкоочечных хлопьев, расположенных в центральных отделах новообразования?

1. при нефробластоме;
2. при нейробластоме;
3. при рабдомиосаркоме.
4. при гепатобластоме.

16. Цитологическое исследование пункционного материала при забрюшинных не органных опухолях до начала специального лечения выполняется для определения:

1. гистогенеза опухоли;
2. злокачественности или доброкачественности процесса;
3. исключения воспалительного заболевания;
4. всего перечисленного выше.

17. Выберите метод лечения зрелых тератом;

1. хирургический;
2. операция + химиотерапия;
3. операция + лучевая терапия;
4. комплексное лечение.

18. Отсутствие функции почки при экскреторной урографии («немая аочка») более характерно для:

1. нефробластомы;
2. нейрогенной забрюшинной опухоли;
3. забрюшинной тератомы;
4. всего перечисленного.

19. Нефробластома может сочетаться с различными пороками развития:

1. часто;
2. крайне редко;
3. не сочетается.

20. Какие из перечисленных пороков мочеполовой системы являются предопухолевыми для нефробластомы?

1. поликистоз;
2. гипоспадия;
3. подковообразная почка;
4. аномалии развития лоханок;
5. все перечисленное.

21. При нефробластоме метастазирование наиболее часто наблюдается в:

1. легких;
2. печени;
3. лимфатических узлах;
4. редко костях;
5. все ответы правильны.

22. Причинами запущенности при нефробластоме являются:

1. ранний возраст ребенка;
2. отсутствие онкологической настороженности у педиатров;
3. недооценка клинических проявлений заболевания;
4. правильны ответы 2 и 3
5. правильны ответы 1 и 3.

23. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать нефробластому?

1. опухоли брюшинного пространства;
2. гидронефроз;
3. лимфосаркомы брюшной полости;
4. спленомегалия;
5. рахит;
6. все ответы правильны.

24. Основным методом лечения нефробластомы у детей:

1. химиотерапия;
2. лучевая терапия;
3. хирургическое лечение;
4. комбинированное лечение;
5. комплексное лечение.

25. Реакция Абелева – Татаринова имеет диагностическое значение при следующих разновидностях опухолей яичек у детей:

1. тератобластоме (опухоль желточного мешка);
2. семиноме;
3. эмбриональной рабдомиосаркоме;
4. всех перечисленных.

26. Решающим методом диагностика при опухоли яичка является:

1. УЗИ;
2. компьютерная томография;
3. определение эмбрионального - фетопропротеина;
4. морфологический анализ пунктата из опухоли.

27. При динамическом контроле за ребенком, которому выполнена орхофуникулэктомия по поводу тератобластомы яичка, рекомендуется проведение реакции Абелева – Татаринова (до начала лечения реакция на - фетопропротеин была резко положительной) с интервалом:

1. 1 раз в 2 нед. в течение 2 лет;
2. 2 раз в 1 мес. в течение 2 лет;
3. 1 раз в 2 мес. в течение 2 лет;
4. 1 раз в 3 мес. в течение 2 лет.

28. Рекомендуемый объем оперативного вмешательства у ребенка с тератобластомой яичка:

1. резекция яичка;
2. удаление пораженного яичка;
3. орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика;
4. 3+ лимфаденэктомия.

8. Плановая хирургия.

1. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:

- а) нарушением обратного развития зобно-глочного протока;
- б) незаращением остатков жаберных дуг;
- в) нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
- г) хромосомными aberrациями;
- д) эктопией эпителия дна полости рта

2. Самый информативный метод диагностики срединных свищей.

- а) рентгенография;
- б) ультразвуковое исследование;
- в) фистулография;
- г) зондирование свища;
- д) компьютерная томография.

3. Среди кисты шеи дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:
- а) липомы;
 - б) флебэктазии яремной вены;
 - в) врожденной мышечной кривошеи;
 - г) дермоидной кисты;
 - д) боковая киста шеи.
4. Для предупреждения рецидива кисты шеи в ходе операции надо:
- а) выделить свища до поверхностной фасции;
 - б) ушить свищевое отверстие после санации;
 - в) перевязать наружную яремную вену;
 - г) обработать свищевой ход склерозирующими препаратами;
 - д) резецировать подъязычную кость.
5. Самое частое осложнение после операции по поводу свищей шеи:
- а) кровотечение;
 - б) расхождение швов;
 - в) нарушение акта глотания;
 - г) рецидив свища;
 - д) гиперсаливация.
6. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:
- а) тошнота и рвота;
 - б) подъем температуры;
 - в) эластичное выпячивание в паховой области;
 - г) боли в животе;
 - д) плохой аппетит.
7. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно у:
- а) девочек;
 - б) мальчиков;
 - в) больных старше 2 лет;
 - г) при часто ущемляющейся, независимо от возраста;
 - д) больных старше 5 лет.
8. В послеоперационном периоде после грыжесечения необходимы:
- а) физиотерапия;
 - б) массаж;
 - в) щадящий режим 2 недели;
 - г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
 - д) постельный режим 1 неделю.
9. Осложнения после грыжесечения обусловлены:
- а) техническими погрешностями;
 - б) возрастом ребенка;
 - в) степенью диспластических изменений;
 - г) сопутствующими пороками;
 - д) операцией по экстренным показаниям.
10. Для островозникшей водянки наиболее характерно:
- а) появление припухлости в одной половине мошонки;
 - б) ухудшение общего состояния;
 - в) подъем температуры;
 - г) резкая болезненность;
 - д) гиперемия мошонки.
11. Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
- а) паховой грыжи;
 - б) крипторхизма;
 - в) перекрута и некроза яичка;
 - г) пахового лимфаденита;
 - д) киста элементов семенного канатика
12. После операции по поводу водянки оболочек яичка необходимы:
- а) физиотерапия;
 - б) массаж;
 - в) обычный образ жизни;
 - г) ограничение физической нагрузки;
 - д) постельный режим.
13. Полная облитерация вагинального отростка заканчивается к:
- а) 28-32 недели внутриутробной жизни;
 - б) рождению;
 - в) 1 году;
 - г) 2-3 годам;
 - д) сразу после рождения.
14. Наиболее характерный признак кисты элементов семенного канатика:

- а) отечность в паховой области;
- б) гиперемия в паховой области;
- в) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;
- г) резкая болезненность;
- д) расширение наружного пахового кольца

15. Лечение больного 2 лет с кистой семенного канатика включает:

- а) пункцию элементов семенного канатика;
- б) рассечение оболочек;
- в) операцию гросса;
- г) операцию винкельмана;
- д) выворачивание и прошивание оболочек яичка

16. Наиболее вероятная причина развития пупочной грыжи :

- а) порок развития сосудов пуповины;
- б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
- в) воспаление пупочных сосудов;
- г) портальная гипертензия;
- д) родовая травма

17. У ребенка одного года пупочная грыжа) дефект составляет 0,5 см. общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- а) экстренное оперативное вмешательство;
- б) операцию в плановом порядке по достижению 2-х лет;
- в) наблюдение в динамике;
- г) массаж, укрепление мышц брюшной стенки;
- д) массаж, укрепление мышц брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание пупочного кольца лейкопластырем.

18. Для грыжи белой линии наиболее характерным является:

- а) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- б) приступообразные боли в животе;
- в) тошнота и рвота;
- г) диспепсические явления;
- д) гиперемия и припухлость.

19. Грыжа белой линии живота должна оперироваться:

- а) до 1 года;
- б) 1-3 лет;
- в) после 3-х лет;
- г) старше 5 лет;
- д) после 10 лет.

20. При грыже белой линии живота применяются:

- а) ушивание апоневроза узловыми швами;
- б) аутодерматопластика кожными лоскутами;
- в) подшивание синтетических материалов;
- г) операция лойа;
- д) пластика с широкой фасцией бедра

21. Этиопатогенетическим для пороков развития вен у детей являются все следующие факторы, кроме:

- а) наследственности;
- б) врожденной неполноценности венозной стенки;
- в) врожденной аплазии венозных клапанов;
- г) повышения внутрибрюшного давления;
- д) поражения вазомоторных центров спинного мозга

22. Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является:

- а) боль;
- б) варикозное расширение вен;
- в) атрофия мягких тканей;
- г) симптом губки;
- д) флеболиты.

23. Из перечисленных методов наиболее информативен при синдроме кнппеля - Тренонне:

- а) термометрия;
- б) Экг;
- в) реография;
- г) рентгенография;
- д) венография.

24. Лучший метод лечения пороков развития поверхностных вен :

- а) гормонотерапия;
- б) криотерапия;
- в) эндоваскулярная терапия;
- г) рентгенотерапия;
- д) хирургическое лечение.

25. Основной метод диагностики артерио-венозных соустьей:

- а) термометрия;

- б) ангиография;
- в) рэовазография;
- г) рентгенография;
- д) Экг

26. Основным фактором этиопатогенеза слоновости является:

- а) наследственность;
- б) недоразвитие стенок лимфатических сосудов;
- в) инфекционный процесс;
- г) эндокринные заболевания;
- д) порок развития венозной системы.

27. Из наиболее ранних характерных симптомов при пороках развития лимфатических сосудов имеет место:

- а) уплотнение кожи;
- б) контрактуры суставов;
- в) отек;
- г) повышенная ломкость костей;
- д) местная гиперемия и повышение температуры.

28. У ребенка кровотечение во время дефекации. при ректальном обследовании - полип прямой кишки. следует рекомендовать:

- а) прошивание ножки и удаление полипа;
- б) колоноскопию, осмотр толст. кишки, коагуляцию полипа
- в) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа;
- г) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа;
- д) криодеструкцию полипа

29. Наиболее частая причина кровотечения из прямой кишки :

- а) лейкоз;
- б) трещина заднего прохода;
- в) язвенный колит;
- г) полип прямой кишки;
- д) гемофилия.

30. Внутренняя яремная вена расположена:

- а) кнутри от сонной артерии;
- б) позади сонной артерии;
- в) кнаружи от сонной артерии;
- г) к сонной артерии отношения не имеет;
- д) в яремной ямке.

31. Анальная трещина чаще расположена на :

- а) задней полукружности анального канала
- б) правой полукружности анального канала
- в) левой полукружности анального канала
- г) передней полукружности анального канала
- д) передней и задней полукружности анального канала

32. Возникновению анальной трещины способствуют:

- а) длительные запоры
- б) геморрой
- в) острый парапроктит и проктит
- г) травма прямой кишки и канального канала
- д) правильно а и г

33. Для утверждения диагноза анальной трещины достаточно:

- а) пальцевого исследования прямой кишки
- б) колоноскопии
- в) аноскопии
- г) ирригоскопии
- д) ректороманоскопии

34. Анальная трещина устанавливается:

- а) осмотром перианальной области
- б) пальцевым исследованием прямой кишки
- в) ректороманоскопией
- г) ирригоскопией
- д) колоноскопией

35. Пальцевое исследование прямой кишки следует проводить при всех перечисленных положениях, кроме:

- а) положения для камнесечения
- б) положения на правом или левом боку
- в) колено - локтевого положения
- г) положения на «корточках»

36. У ребенка в возрасте 2 лет в течение более года имеется кистозное образование в легком. Ему следует рекомендовать:

- а) оперативное лечение
- б) консервативное лечение

- в) пункцию кисты
- г) дренирование кисты
- д) выжидательную тактику
- е) санаторное лечение

37. У ребенка обнаружены нерезко выраженные цилиндрические бронхоэктазы, которые несмотря на длительное консервативное лечение не подвергаются обратному развитию. в данном случае:

- а) оперативное лечение временно не показано
- б) оперативное лечение противопоказано
- в) показано оперативное лечение
- г) оперативное лечение не показано
- д) показан курс лечебных бронхоскопий

38. У ребенка в возрасте 2 лет, страдающего запорами, отмечается резкая болезненность во время дефекации. последняя порция кала окрашена кровью. наиболее вероятный диагноз:

- а) инвагинация
- б) полип прямой кишки
- в) трещина слизистой прямой кишки
- г) Меккелев дивертикул
- д) язва 12-п кишки

9. Гнойная хирургия.

1. Особенности течения гнойной инфекции у детей определяет:

- а) богатство лимфоидной ткани;
- б) генерализованный характер реакций;
- в) повышенная проницаемость естественных барьеров;
- г) относительная незрелость органов и тканей;
- д) все перечисленное.

2. Гигроскопическое действие марлевого тампона :

- а) 2-3 часа;
- б) 4-6 часов;
- в) 7-9 часов;
- г) 10-12 часов;
- д) индивидуально.

3. Причиной увеличения больных с хирургическим сепсисом является:

- а) изменение микрофлоры;
- б) резистентность микрофлоры к антибиотикам
- в) увеличение хирургической активности;
- г) распространенность внутригоспитальной инфекции;
- д) все перечисленное.

4. У ребенка острый гематогенный остеомиелит бедра 3-й день болезни. состояние тяжелое. Интоксикация. пневмония. ребенку необходима:

- а) срочная остеоперфорация;
- б) остеоперфорация после подготовки;
- в) инфузионная и антибактериальная терапия, остеоперфорация в плановом порядке;
- г) разрез мягких тканей после подготовки;
- д) внутрикостное введение антибиотиков

5. У ребенка острый гематогенный остеомиелит бедра 2-й день болезни. при пункции мягких тканей гноя нет. показано:

- а) разрез мягких тканей;
- б) кожный разрез, остеоперфорация;
- в) разрез мягких тканей, остеоперфорация;
- г) антибиотики внутривенно;
- д) антибиотики внутримышечно.

6. Главный механизм действия резинового выпускника :

- а) активная аспирация;
- б) пассивный отток;
- в) капиллярные свойства;
- г) гигроскопические свойства;
- д) все перечисленное.

7. На голени воспаление ярко красного цвета с резко очерченными границами. кожа отечна, болезненность по периферии, тенденция к распространению процесса диагноз:

- а) фурункул;
- б) карбункул;
- в) флегмона;
- г) рожистое воспаление;
- д) абсцесс подкожной клетчатки.

8. Пульсирующие боли в области кончика пальца отек тканей, гиперемия. движения ограничены, боль при пальпации. диагноз:

- а) паронихию;
- б) кожному панарицию;

- в) подкожному панарицию;
- г) подногтевому панарицию;
- д) костному панарицию.

9. Из перечисленных методов диагностики острого остеомиелита в ранние сроки наиболее достоверным является:

- а) диагностическая пункция мягких тканей;
- б) остеофлебография;
- в) электрорентгенография;
- г) измерение внутрикостного давления;
- д) бактериоскопия мазка

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

- а) механическое очищение очага;
- б) антибактериальное действие;
- в) предупреждение распространения процесса;
- г) предупреждение генерализации процесса;
- д) все перечисленное.

11. Болезненность и отечность V пальца, распространяющаяся к лучезапястному суставу. активных движений нет, пассивные сопровождаются резкой болезненностью. клиника характерна для:

- а) кожного панариция;
- б) подкожного панариция;
- в) подногтевого панариция;
- г) костного панариция;
- д) сухожильного панариция.

12. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде при сформированной секвестральной коробке показаны:

- а) оперативное вмешательство по ворончихину;
- б) секвестрэктомия;
- в) наблюдение;
- г) курс физиотерапии;
- д) внутрикостное введение антибиотиков

13. Экссудация, как фаза течения раневого процесса, протекает:

- а) сутки;
- б) двое суток;
- в) трое суток;
- г) четверо суток;
- д) неделю.

14. При операции по поводу костного панариция целесообразна:

- а) проводниковая анестезия;
- б) инфильтрационная анестезия;
- в) масочный наркоз;
- г) инкубационный наркоз;
- д) местно хлорэтил.

15. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает в сроки:

- а) первые сутки;
- б) вторые - четвертые сутки;
- в) пятые - шестые сутки;
- г) седьмые - десятые сутки;
- д) невозможно определить.

16. ребенок, перенес острый гематогенный остеомиелит. после выписки 10 месяцев свищ с гнойным отделяемым. на рентгенограмме деструкция кости с секвестром. Указанный вариант течения:

- а) обрывной;
- б) затяжной;
- в) хронический;
- г) местный;
- д) септико-пиемический.

17. У ребенка перенесшего острый парапроктит в 1,5 месяца радикальное оперативное вмешательство по поводу хронического парапроктита целесообразно:

- а) в 3 месяца;
- б) в 6 месяцев;
- в) в 8 месяцев;
- г) в 1,5 года;
- д) после 3 лет.

18. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы видны четко очерченные тонкостенные полости. диагноз:

- а) абсцесс легкого;
- б) буллы;
- в) пиоторакс;
- г) пневоторакс;
- д) пиопневмоторакс.

19. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка на рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа диагноз:

- а) пиопневмоторакс;
- б) буллезная форма легочной деструкции;

- в) абсцесс легкого;
 г) пиоторакс;
 д) медиастинальная эмфизема
20. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. вероятный диагноз:
 а) пиопневмоторакс;
 б) ателектаз;
 в) буллезная форма легочной деструкции;
 г) пиоторакс;
 д) пневмоторакс.
21. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. вероятный диагноз:
 а) тотальная эмпиема плевры;
 б) ателектаз легкого;
 в) плащевидный плеврит;
 г) абсцесс легкого;
 д) пиоторакс.
22. На рентгенограмме горизонтальный уровень жидкости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. диагноз:
 а) напряженный пневмоторакс;
 б) простой пневмоторакс;
 в) пиопневмоторакс;
 г) напряженный пиопневмоторакс;
 д) пиоторакс.
23. При абсцессе, дренирующемся в бронх лучший метод лечения:
 а) пункция абсцесса;
 б) радикальная операция;
 в) бронхоскопическая санация;
 г) дренирование абсцесса;
 д) катетеризация бронха
24. При плащевидном плеврите оптимальный метод лечения:
 а) дренирование плевральной полости по бюлау;
 б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
 в) пункция плевральной полости;
 г) дренирование с активной аспирацией;
 д) бронхоскопия.
25. При тотальном гнойном плеврите оптимальный метод лечения :
 а) интенсивная терапия без вмешательства в очаг;
 б) пункция плевральной полости;
 в) дренирование с активной аспирацией;
 г) бронхоскопия;
 д) дренирование плевральной полости по бюлау.
26. У ребенка 6 мес. при обследовании обнаружено киста в легком. дыхательной недостаточности нет. состояние удовлетв показана:
 а) выжидательная тактика;
 б) дренирование кисты;
 в) оперативное лечение;
 г) пункция кисты;
 д) консервативное лечение.
27. Ребенок высоко лихорадит. на рентгенограмме - тонкостенная полость с уровнем жидкости без перифокальной реакции. диагноз:
 а) абсцесс легкого;
 б) напряженная киста легкого;
 в) нагноившаяся киста легкого;
 г) диафрагмальная грыжа;
 д) булла
28. Состояние тяжелой дыхательной недостаточности. вытяжение уступчивых мест на рентгенограмме. повышение прозрачности. диагноз:
 а) инородное тело бронха;
 б) инородное тело гортани;
 в) фиксированное инородное тело трахеи;
 г) баллотирующее инородное тело трахеи;
 д) инородное тело пищевода
29. При грыжах пищеводного отверстия наиболее информативны:
 а) жесткая эзофагоскопия;
 б) рентгено-контрастное обследование пищевода и желудка;
 в) фиброэзофагоскопия;
 г) обзорная рентгеноскопия;
 д) компьютерная томография.
30. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может:
 а) витамин D
 б) витамин C
 в) витамин A
 г) витамин B₆
 д) витамин E .
31. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами:
 а) как кишечная палочка
 б) как стафилококк
 в) как стрептококк
 г) как бактероиды
 д) как клебсиелла
32. Нейротоксическим действием обладают:
 а) пенициллин и линкомицин
 б) кефзол и пенициллин

- в) полимиксин и стрептомицин
 - г) стрептомицин и кефзол
 - д) линкомицин и стрептомицин
33. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется:
- а) оксациллин
 - б) Эритромицин
 - в) канамицин
 - г) метациклин
 - д) пенициллин
34. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не обладают:
- а) полимиксины и цефалоспорины
 - б) Тетрациклины и макролиты
 - в) аминогликозиды и пенициллины
 - г) пенициллины и полимиксины
 - д) цефалоспорины и карбапенемы
35. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным являются:
- а) левомицетин
 - б) Тетрациклин
 - в) Эритромицин
 - г) ампиокс
 - д) олеандомицин
36. Метронидазол сочетается:
- а) с пенициллинами
 - б) с цефалоспоридами
 - в) с аминогликозидами
 - г) с тетрациклинами
 - д) со всеми перечисленными
37. Мазями на водорастворимой основе являются все перечисленные ниже, кроме:
- а) левомициновая
 - б) пропосеум
 - в) мафенидовая
 - г) диоксицидиновая мазь
38. К мазям на полиэтиленгликоле относятся все перечисленные, кроме:
- а) пропосеум
 - б) мафенида
 - в) дерматина
 - г) Легошина
39. Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется:
- а) отсутствием изменений на коже промежности
 - б) наличием параректальных свищей
 - в) припухлостью промежности с гиперемией кожи
 - г) болями в глубине таза
 - д) выделением слизи из Януса
40. Острый подкожный парапроктит характеризуется всем перечисленным, за исключением:
- а) болей в промежности
 - б) повышение температуры
 - в) гиперемии кожи над припухлостью
 - г) болей, наступающих спустя некоторое время после дефекации
 - д) наличия припухлости на промежности.
41. К условиям, благоприятствующим развития гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме:
- а) наличие целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
 - б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов
 - в) дефектов кожи или слизистых
 - г) наличия в зоне травмы разможенных тканей
 - д) проникновения микробов повышенной вирулентности.
42. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным кроме:
- а) артериальной гиперемии
 - б) венозного стаза
 - в) появления болей
 - г) местного повышения температуры
 - д) потери чувствительности
43. Фурункул, как правило, вызывается:
- а) стрептококком
 - б) стафилококком
 - в) гонококком
 - г) синегнойной палочкой
 - д) протеем
44. При карбункуле шеи показано все перечисленное, за исключением:
- а) согревающего компресса с мазью Вишневского
 - б) антибиотиков внутримышечно
 - в) сульфаниламидных препаратов внутрь
 - г) витаминотерапии
 - д) Ультрафиолетового облучения
45. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- а) стрептококк
 - б) протей
 - в) стафилококк
 - г) синегнойная палочка

- д) кишечная палочка
46. Гидраденит чаще всего локализуется:
- а) в подмышечной впадине
 - б) в генитальной и перианальной области
 - в) в области пупка
 - г) в области ягодичной складки
 - д) правильной а и б
47. Для флегмоне характерно все перечисленное, за исключением:
- а) общего недомогания
 - б) повышения температуры тела
 - в) локальной болезненности
 - г) локальной гиперемии кожи
 - д) полости с гноем, окруженной капсулой
48. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием:
- а) боли
 - б) гипертермии
 - в) флюктуации
 - г) гиперемии кожи
 - д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
49. Различают все перечисленные виды панарициев, за исключением:
- а) кожного
 - б) подкожного
 - в) сухожильного
 - г) костного
 - д) ладонного
50. Осложнением подкожного панариция 3 пальца левой кисти может быть все перечисленное, кроме:
- а) сухожильного панариция
 - б) костного панариция
 - в) суставного панариция
 - г) флегмоны кисти
 - д) флегмоны предплечья
51. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку всеми перечисленными путями, кроме:
- а) Трещины заднего прохода
 - б) воспаленных геморроидальных узлов
 - в) бытового пути
 - г) повреждения слизистой оболочки прямой кишки
 - д) расчесов в области заднего прохода
52. При остром гнойном парапроктите показано все перечисленное, за исключением:
- а) Жидкой диеты
 - б) настойки опия
 - в) антибиотикотерапии
 - г) местного применения кристаллов салициловой кислоты
 - д) вскрытия гнойника
53. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:
- а) стафилококком
 - б) пневмококком
 - в) протеем
 - г) синегнойной палочкой
 - д) гемолитическим стрептококком
54. При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, за исключением:
- а) обкладывания фурункула раствором антибиотика
 - б) физиолечения токами УВЧ
 - в) вскрытия очага воспаления
 - г) высококалорийного питания
 - д) Иммунокорректирующей терапии
55. Возбудителем рожи является:
- а) золотистый стафилококк
 - б) стрептококк
 - в) кишечная палочка
 - г) ассоциация микроорганизмов
 - д) синегнойная палочка
56. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является:
- а) сепсис
 - б) некроз кожи
 - в) Тромбоз мозговых синусов
 - г) остеомиелит верхней челюсти
 - д) Тромбоз сонной артерии
57. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:
- а) остеомиелит
 - б) Тромбофлебит
 - в) периостит
 - г) лимфостаз
 - д) сепсис
58. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка:
- а) в первые 6 часов после травмы
 - б) спустя 12 часов после травмы
 - в) до 18 часов после травмы
 - г) через 24-36 часов после травмы

59. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны – это обработке ее в период:
- спустя 6 часов после травмы
 - до 18 часов после травмы
 - 18-24 часа после травмы
 - 24-48 часов после травмы
 - спустя 48 часов после травмы
60. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны – это обработка ее после ранения в сроки:
- 18-24 часа после травмы
 - 24-36 часов после травмы
 - 36-48 часов после травмы
 - 48-72 часа после травмы
 - позже 72 часов после травмы
61. Развития осложнений в защите гнойной ране наиболее вероятно:
- в первой фазе заживления
 - во второй фазе заживления
 - в третьей фазе заживления
 - в любой из перечисленных
62. Заживление раны вторичным натяжением – это:
- заживление через нагноение
 - заживление через грануляции
 - заживление по струпом
 - все перечисленное
63. Эпителизация краев раны, заживающей вторичным натяжением, начинается:
- в первой фазе заживления
 - во второй фазе заживления
 - в третьей фазе заживления
64. Лечение раны в первой фазе заживления включает:
- противовоспалительную терапию
 - стимулирование роста грануляций
 - стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране
 - адаптацию краев раны
 - правильно а и в
65. При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является:
- противовоспалительное лечение
 - стимулирование роста грануляций
 - стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране
 - создание покоя ране и адаптация краев раны
 - кожная пластика раневой поверхности
66. Активной дренирование гнойной раны – это:
- отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести
 - отток гноя по капиллярному дренажу
 - длительное промывание раны через дренажную трубку
 - длительное дренирование раны с постоянной вакуумаспирацией
 - правильно в и г .
67. Главным возбудителем госпитальной инфекции является:
- стафилококк
 - грамотрицательная флора
 - анаэробные микроорганизмы
 - стрептококк
68. Клинически острый гематогенный остеомиелит проявляется:
- повышением артериального давления
 - повышением температуры тела
 - головокружением
 - болезненностью в зоне поражения кости
 - правильно б и г .
69. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются:
- лейкоцитоз
 - лимфоцитоз
 - нейтрофилия
 - моноцитоз
 - правильно а и в
70. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением:
- анемии
 - лейкоцитоза
 - Ускоренной соЭ
 - замедленной соЭ
 - гипоальбуминемии
71. Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются:
- через 5-7 дней от начала заболевания
 - через 8-12 дней от начала заболевания
 - через 2-3 недели от начала заболевания
 - через 4-5 недель от начала заболевания
 - через 6-7 недель от начала заболевания
72. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме:
- патологических переломов костей
 - сепсиса
 - межмышечных флегмон
 - гнойного артрита

- д) вывиха в суставе
73. Острый гематогенный остеомиелит – это проблема:
- а) детского и подросткового возраста
 - б) взрослого трудоспособного возраста
 - в) пожилого возраста
 - г) всех возрастных групп
74. Исходом строго гематогенного остеомиелита является переход его в хроническую стадию, которая проявляется всем перечисленным кроме:
- а) деформации конечности
 - б) наличия свища
 - в) наличия секвестра
 - г) варикозного расширения вен или эндартериита сосудов конечности
75. Лечение хронического гематогенного остеомиелита включает:
- а) введение антибиотиков
 - б) оперативное лечение
 - в) общеукрепляющее лечение
 - г) введение в свищ склерозирующих лекарственных препаратов
 - д) рентгенотерапию
76. Наиболее точно зону поражения кости при хроническом гематогенном остеомиелите удастся определить с помощью:
- а) обзорной рентгенографии
 - б) контрастной фистулографии
 - в) Ультразвукового исследования
 - г) Томографии и компьютерной томографии кости
77. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести:
- а) абсцесс броди
 - б) склерозирующий остеомиелит гарре
 - в) альбуминозный остеомиелит ольье
 - г) послетифозный остеомиелит
 - д) все перечисленные виды
78. Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к:
- а) пенициллину
 - б) гентамицину
 - в) левомицетину
 - г) стрептомицину
 - д) метронидазолу
79. У ребенка на обзорной рентгенограмме легких на фоне умеренной инфильтрации отмечаются разнокалиберные ячеистые просветления.
- а) внутрилегочная деструкция
 - б) буллезная форма стафилококковой деструкции легких
 - в) мелкоочаговая множественная стафилококковая деструкция легких
 - г) абсцесс легких
 - д) гигантский абсцесс
80. У ребенка в возрасте 1 месяца отмечаются отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. при бронхоскопии правый главный бронх слепо заканчивается. У ребенка:
- а) гипоплазия легкого
 - б) аплазия легкого
 - в) агенезия легкого
 - г) ателектаз легкого
 - д) кистозная гипоплазия
81. У ребенка в возрасте 3 лет в течение 6 мес. определяется кистозное образование в легком. Жалоб нет. ребенку целесообразно:
- а) оперативное лечение
 - б) пункционный метод
 - в) консервативное лечение
 - г) выжидательная тактика
 - д) санаторное лечение
82. Ребенок высок лихорадит. на рентгенограмме видно тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. наиболее вероятный диагноз:
- а) абсцесс легкого
 - б) напряженная киста легкого
 - в) нагноившаяся киста легкого
 - г) диафрагмальная грыжа
 - д) буллы

10. Организация здравоохранения.

1. Экспертиза временной нетрудоспособности трудящихся более 6 дней осуществляется:
- а) врачом.
 - б) заведующим отделением.
 - в) контрольно – экспертной комиссией.
 - г) каждым из перечисленных.
 - д) все ответы неверны.
2. Отпуска по болезни или увечью больного предоставляются:
- а) лечащим врачом.
 - б) заведующим отделением.
 - в) контрольно-экспертной комиссией.
 - г) бюро медико-социальной экспертизы.
 - д) каждым из перечисленных.
3. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях являются:
- а) определение у рабочих и служащих временной утраты трудоспособности.
 - б) рекомендации по обеспечению необходимых условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе (временно или постоянно)

- в) выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих и служащих и своевременное направление их на освидетельствование в бюро медико-социальной экспертизы
- г) все перечисленное
- д) Только а) и б)
4. Основными критериями, отличающими временную нетрудоспособность от стойкой, являются:
- а) продолжительность нетрудоспособности
- б) благоприятный клинический прогноз
- в) благоприятный трудовой прогноз
- г) все перечисленное
- д) Только б и в
5. При вынесении экспертного решения о состоянии трудоспособности больных основное значение может иметь:
- а) медицинский фактор
- б) социальный фактор
- в) И то, и другое
- г) ничего из перечисленного
6. Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:
- а) днем обращения больного к врачу в поликлинику
- б) в день выписки из стационара
- в) через 3 дня после выписки
- г) все перечисленное верно
- д) вопрос решается индивидуально
7. Временная нетрудоспособность чаще всего обусловлена:
- а) острым заболеванием
- б) обострением хронического заболевания
- в) Травмой
- г) всем перечисленным
- д) ничем из перечисленного
8. Направление на бмсЭ и установление группы инвалидности производится на основе:
- а) оценки состояния здоровья больного
- б) видов условий труда больного
- в) оценки медицинского и социального фактора
- г) всего перечисленного
- д) ничего из перечисленного
9. Исходя из характера патологического процесса и степени нарушения функций организма, врач устанавливает:
- а) возможность продолжения больным своей профессиональной деятельности
- б) необходимость предоставления больному незначительных ограничений в работе по рекомендации КЭК
- в) необходимость полного временного освобождения больного от работы
- г) все перечисленное неверно
- д) все перечисленное верно
10. Понятие «болезнь» и «нетрудоспособность»:
- а) Идентичны
- б) взаимозаменяемы
- в) не идентичны
- г) противоречат друг другу
11. Работа по экспертизе трудоспособности в поликлинике фиксируется во всех следующих документах, кроме:
- а) амбулаторной карты больного
- б) Журнала контрольно-экспертной комиссии
- в) статического талона
- г) Журнала регистрации листков нетрудоспособности
- д) листка нетрудоспособности
12. К показателю заболеваемости с временной утратой трудоспособности относятся:
- а) число случаев нетрудоспособности на 100 работающих
- б) число дней нетрудоспособности на 100 работающих
- в) длительность 1 случая нетрудоспособности
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного
13. Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят:
- а) главный врач поликлиники
- б) райздрав отдел
- в) органы социального страхования
- г) ни один из перечисленных
- д) все перечисленные
14. Экспертизой трудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения занимаются:
- а) лечащий врач
- б) заведующий отделением
- в) заместитель нетрудоспособности
- г) все перечисленные
15. Функциям лечащего врача в области экспертизы трудоспособности являются все перечисленные, кроме:
- а) Установления факта временно нетрудоспособности
- б) выдачи листка нетрудоспособности на срок до 10 дней
- в) освобождения от занятий студентов
- г) Установления стойкой нетрудоспособности
16. Заведующий отделением в области экспертизы трудоспособности выполняет следующие функции:
- а) продление листка нетрудоспособности на срок свыше 10 дней
- б) решение сложных и консультативных вопросов нетрудоспособности
- в) контроль за проведением экспертизы трудоспособности врачами отделения
- г) все перечисленное
17. Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности
 - б) продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней
 - в) выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение
 - г) направление в бюро медико-социальной
 - д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность.
18. Функциями бюро медико-социальной экспертизы являются все перечисленные, кроме:
- а) продления временной нетрудоспособности на срок свыше 6 месяцев
 - б) Установление группы и причины инвалидности
 - в) определения трудовых рекомендаций инвалидам
 - г) определения времени фактического наступления инвалидности
 - д) Установления степени утраты трудоспособности при трудовой увечье.
19. Основным показателями естественного движения населения являются:
- а) рождаемость, смертность
 - б) смертность, заболеваемость
 - в) Инвалидность, смертность.
20. Международная классификация болезней – это:
- а) перечень наименований болезней в определенном порядке
 - б) перечень диагнозов в определенном порядке
 - в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
 - г) система рубрик, в которые отделенные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
 - д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.
21. Медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей:
- а) несовершеннолетним детям
 - б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях
 - в) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями и нарушением обмена веществ
 - г) лицам страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями представляющими опасность для окружающих
22. Разрешение на занятия частной медицинской практикой выдает:
- а) орган управления здравоохранением области
 - б) министерство здравоохранения РФ
 - в) профессиональная мед ассоциация
 - г) местная администрация по согласованию с профессиональными мед ассоциациями.
23. Медицинское страхование это:
- а) оплата медицинских услуг через страховую организацию
 - б) форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья
 - в) оплаты лечения и лекарств за счет накопленных средств
 - г) медицинское обслуживание населения за счет страховой организации
24. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают:
- а) Инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания
 - б) болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления
 - в) новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания
25. Лицензирование медицинского учреждения представляет собой:
- а) определение соответствие качества медицинской помощи установленным стандартам
 - б) выдачу государственного разрешения на осуществление определенных видов деятельности
 - в) процедуру предоставления медицинскому учреждению статуса юридического лица
26. Медицинские учреждения подлежащие лицензированию:
- а) частные амбулаторно-поликлинические учреждения
 - б) научно-исследовательские институты
 - в) государственные больницы
 - г) все медицинские учреждения независимо от форм собственности
27. Целью аккредитации является:
- а) Изменение организационно-правовой формы медицинского учреждения
 - б) защита интересов потребителей на основе установления соответствия деятельности медицинского учреждения существующим профессиональным стандартам
 - в) оценка эффективности деятельности медицинского учреждения
 - г) определение объемов медицинской помощи
28. Медицинскому учреждению после успешного прохождения аккредитации выделяется:
- а) диплом
 - б) свидетельство
 - в) лицензия
 - г) сертификат
29. Не являются основными источниками информации о здоровье:
- а) официальная информация о смертности населения
 - б) данные страховых компаний
 - в) Эпидемиологическая информация
 - г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья
 - д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.
30. Не допускается увольнение работника по инициативе администрации:
- а) в период пребывания работника в командировке, в период судебного разбирательства
 - б) в период пребывания работника в ежегодном отпуске (кроме случая ликвидации предприятия), в период временной нетрудоспособности
 - в) все вышеперечисленное верно
 - г) нет правильного ответа
31. Медицинский работник причинивший ущерб пациенту, не связанный с небрежным отношением медработника к профессиональным обязанностям несет ответственность:
- а) освобождение от ответственности
 - б) Уголовную ответственность
 - в) гражданско-правовую ответственность

32. Ответственность за вред, причиненный здоровью пациента при оказании медицинской помощи несет:
- а) медицинский работник
 - б) медицинской учреждение
 - в) органы управления здравоохранения
33. Эффективность медицинской помощи это:
- а) Улучшение функционирования организма пациента после проведения лечебных мероприятий
 - б) степень достижения конкретных результатов при оказании лечебно-диагностической или профилактической помощи при соответствующих затратах финансовых, материальных и трудовых ресурсов
 - в) степень экономии финансовых, материальных и трудовых ресурсов при оказании медицинской помощи

11. Оперативная хирургия.

1. Лимфоидное кольцо глотки составляют:
- а) небные миндалины
 - б) глоточная миндалина
 - в) трубчатые миндалины
 - г) язычная миндалина
 - д) все перечисленные
 - е) все перечисленные, кроме г)
2. Возникновение симптома «очков» при перелом основания черепа в области передней черепной ямки объясняется:
- а) повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
 - б) разрывом зрительной артерии
 - в) повреждением внутренней сонной артерии в полости черепа
 - г) повреждением передней решетчатой вены
 - д) повреждением задней решетчатой вены
3. Сфинктер одди расположен:
- а) на передней стенке верхней части 12п кишки
 - б) на задней стенке нисходящей части 12п кишки
 - в) в области дуодено-тощекишечного изгиба
 - г) в горизонтальной части нижнего отдела 12п кишки
4. Местом выхода диафрагмальных грыж в подплевральное пространство могут быть безмышечные участки диафрагмы, расположенные:
- а) между медиальными, средними и латеральными ножками поясничной части диафрагмы
 - б) слева и справа от мечевидного отростка грудины и на границе между реберной частью и наружной ножкой поясничной части диафрагмы с обеих сторон.
 - в) сухожильный центр диафрагмы
 - г) в любом из перечисленных участков
5. Вскрытие плеврального синуса необходимо опасаться при операционном доступе:
- а) к поджелудочной железе
 - б) к почке
 - в) к 12 кишки
 - г) к абдоминальной аорте
6. Артериальная дуга по малой кривизне желудка сформирована:
- а) левой желудочной артерией, отходящей от чревной артерии и правой желудочной артерии, отходящей от общей печеночной артерии
 - б) левой желудочно-сальниковой артерией, отходящей от селезеночной артерии и правой желудочно-сальниковой артерией, отходящей от желудочно-поджелудочной артерии
 - в) ветвями верхней брыжеечной артерии
 - г) правильно а и в)
 - д) общей влагалищной оболочкой яичка и собственной влагалищной оболочкой яичка
 - е) общей влагалищной оболочкой яичка и фасцией мышцы, поднимающей яичко
 - ж) поверхностной фасцией и фасцией мышцы, поднимающей яичко
7. Большое и малое седалищные отверстия формируются за счет:
- а) крестцовых – подвздошных связок
 - б) лобкового симфиза
 - в) крестцовой- багровой и крестцовой –костной связки
8. Через большое седалищное отверстие, осуществляя вращение бедра кнаружи, проходит:
- а) подвздошно-поясничная мышца
 - б) грушевидная мышца
 - в) большая ягодичная мышца
 - г) малая поясничная мышца
9. Седалищный нерв покидает полость таза через:
- а) надгрушевидное отверстие
 - б) подгрушевидное отверстие
 - в) запиральное отверстие
10. Кровоснабжение органов таза осуществляет:
- а) внутренняя подвздошная артерия
 - б) наружная подвздошная артерия
 - в) передняя ветвь внутренней подвздошной артерии
 - г) задняя ветвь внутренней подвздошной артерии
11. Кровоснабжение прямой кишки происходит за счет:
- а) нижней брыжеечной артерии
 - б) внутренней подвздошной артерии
 - в) внутренней половой артерии
 - г) всех перечисленных
12. В прямой кишки выделяют:
- а) 1 сфинктер
 - б) 2 сфинктера
 - в) 3 сфинктера

- г) 4 сфинктера
13. Производить пункцию мочевого пузыря необходимо:
- а) по верхнему краю лобковых костей
- б) строго по средней линии на 2 см выше симфиза
- в) по наружному краю прямых мышц живота в лобковой области
14. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями её топографии может быть осложнена расположением рядом с ней:
- а) маточной трубы
 - б) мочеоточника
 - в) наружной подвздошной артерии
 - г) всего перечисленного
15. Диагностическую пункцию в женском тазу удобнее производить:
- а) в маточно-пузырном углублении
 - б) в маточно-прямо кишечном углублении (пространство Дугласа)
 - в) через переднюю брюшную стенку
16. Малоберцовая артерия отходит:
- а) от передней большеберцовой артерии
 - б) от задней большеберцовой артерии
 - в) от средней артерии коленного сустава
17. Развития хилоторакса вследствие ранения грудного протока при катетеризации крупных вен шеи возможно при:
- а) катетеризации правой подключичной вены
 - б) катетеризации правой внутренней яремной вены
 - в) катетеризации левой подключичной вены
 - г) катетеризации левой внутренней яремной вены
 - д) правильно б и г .
- е) правильно в и г .
18. Паховой лимфатический узел Пирогова располагается в области:
- а) Устья большой подкожной вены
 - б) проекции бедренной артерии
 - в) правильного ответа нет
19. Суставная капсула голеностопного сустава лишена укрепляющих связок:
- а) латерально и сзади
 - б) спереди и сзади
 - в) медиально и сзади
20. Пункция коленного сустава выполняется:
- а) на уровне основания ил верхушки надколенника, отступив от него на 1-2 см
 - б) отступя от боковых поверхностей надколенника на 3-4 см медиально или латерально
 - в) оба ответа неправильны
21. Печеночно-поджелудочная связка состоит:
- а) Из общего желчного протока, протока поджелудочной железы и правой желудочной артерии
 - б) Из 2-х печеночных вен, печеночной артерии и общего желчного протока
 - в) Из общего желчного протока, воротной вены и печеночной артерии
22. Меккелев дивертикул является:
- а) Истинным дивертикулом подвздошной кишки
 - б) остатком пупочно-кишечного протока
 - в) приобретенным дивертикулом тонкой кишки.
23. повреждение срединной артерии ободочной кишки влечет за собой:
- а) некроз поперечно- ободочной кишки
 - б) остается без последствий
 - в) некроз селезеночного угла ободочной кишки
 - г) некроз печеночного угла ободочной кишки
24. При правосторонней пульмонэктомии правая легочная артерия расположена:
- а) под местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену
 - б) над местом впадения непарной вены в верхнюю полую вену
 - в) под легочную вену
25. Выделение шейного отдела пищевода сопровождается опасностью повреждения:
- а) подключичной вены
 - б) возвратного нерва
 - в) верхней полой вены
26. Наиболее достоверным методом установления причины механической желтухи является:
- а) лапароскопия
 - б) радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия
 - в) Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков
 - г) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
 - д) лапароскопическая холецистография
27. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью:
- а) Эндоскопическое ретроградной холангиографии
 - б) операционной холангиографии
 - в) Инструментальным зондированием во время холедохотомии
 - г) холедохоскопией на операционном столе
- д) всем указанным выше.
28. Повышение уровня альфа – фетопротейна характерно для:
- а) рака толстой кишки
 - б) рака поджелудочной железы
 - в) рака печени
 - г) рака печени и поджелудочной железы
 - д) рака толстой кишки и поджелудочной железы

5.3.3 Ситуационные (клинические) задачи

Модуль «Детская хирургия».

ЗАДАЧА № 1.

УСЛОВИЕ:

Девочка 7 лет заболела остро: около 2-х час. назад среди полного благополучия появились сильные боли в нижней части живота, была однократная рвота. Предъявляет жалобы на боли в мезогастральной области, отсутствие аппетита, сухость во рту. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, выражена бледность и мраморность кожных покровов. Температура 39 С⁰. Пульс - 120 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Со стороны живота отмечается усиление болезненности при пальпации в мезо- и гипогастральных областях. Ребенок плачет при быстром отнятии руки после предварительного надавливания в этих областях. Здесь же отмечается пассивное мышечное напряжение брюшной стенки.

Задания:

1. Каков предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Каковы действия врача – педиатра в данной ситуации и условия транспортировки больной в стационар?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести в стационаре?
5. Дальнейшая лечебная тактика при данном заболевании
6. Какие возможны послеоперационные осложнения?
7. Какой возбудитель чаще всего вызывает данное заболевание у девочек?
8. Нуждается ли больной в дальнейшей диспансеризации?
9. Какой специалист должен проводить диспансеризацию?
10. Сроки диспансерного наблюдения.

ЗАДАЧА № 2.

УСЛОВИЕ

Ребенок 5 лет проснулся ночью от боли в животе без четкой локализации. Дважды была рвота съеденной пищей. Утром при осмотре педиатром: мальчик вялый, отказывается от еды, жалуется на боль в правой половине живота. Родители отмечают, что самостоятельного стула у ребенка не было в течение 2-х суток. Объективно: Зев спокоен. Язык обложен у корня белым налетом. Температура - 38 С⁰. Пульс - 120 в мин. Живот не вздут, при пальпации отмечается защитное мышечное напряжение передней брюшной стенки и болезненность по правому флангу живота. Симптом Щеткина - Блюмберга - сомнительный. Ребенок беспокоится, плачет, сопротивляется осмотру, отталкивает руку врача.

Задания:

1. Каков предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какова тактика участкового педиатра?
4. Тактика дежурного хирурга?

ЗАДАЧА № 4.

В приемное отделение детской больницы машиной скорой помощи доставлен ребенок 2,5 лет с диагнозом: острый живот. Болен в течение двух суток. Заболевание началось с болей в животе, беспокойства ребенка. Несколько раз была рвота застойным желудочным содержанием, трижды скудный жидкий стул без патологической примесей. За медицинской помощью родители не обращались до последнего момента. При поступлении состояние мальчика тяжелое, выражены признаки обезвоживания и интоксикации. Температура тела - 39 С⁰. При исследовании живот – не участвует в акте дыхания, при пальпации – болезненный во всех отделах, здесь же положительный симптом Щеткина - Блюмберга. В общем анализе крови: лейкоцитов - $15,6 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитов - $3,6 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – палочкоядерных нейтр.-7, сегментоядерных нейтр.- 60, лимфоцитов- 29, моноцитов - 4, СОЭ - 8 мм/час.

Задание.

1. Каковы наиболее вероятные причины внутрибрюшной катастрофы у ребенка?
2. Какие симптомы могут указывать на диагноз разлитого перитонита?
3. Какие дополнительные диагностические действия следует предпринять?
4. Дальнейшая лечебная тактика?
5. Нуждается ли ребенок в диспансерном наблюдении, его цель и задачи?

ЗАДАЧА № 5.

На прием в поликлинику к участковому педиатру обратился мальчик 12 лет с жалобами на “тянущие” боли внизу живота, больше справа. Заболел 4 дня назад. Тошноты, рвоты, нарушений стула не было. Температура тела выше 37,2 С⁰ не повышалась. При обследовании в правой подвздошной области пальпируется плотное неподвижное опухолевидное образование размером 10 x 8 см с нечеткими границами, умеренно болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В других отделах живот мягкий безболезненный. В общем анализе крови: лейкоцитов - $9,0 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 130 г/л, эритроцитов - $3,9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов – 3%, сегментоядерных нейтрофилов - 58, лимфоцитов – 32%, моноцитов – 7%, СОЭ - 6 мм/час.

Задание.

1. Предполагаемый вами диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести с целью уточнения имеющейся патологии?
3. Лечебная тактика при данной клинической форме заболевания?
4. Возможные осложнения и их лечение?
5. Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА №6.

Ребенок 4-х месяцев заболел остро: около 18-ти часов назад, появились приступы внезапного беспокойства, чередуемые с периодом успокоения, многократно наблюдалась рвота. При осмотре состояние ребенка тяжелое, вялый, адинамичный. Кожные покровы бледные, сухие, температура тела 38С⁰. ЧСС - 130 в мин. Живот несколько вздут, при пальпации мягкий. В правом подреберье нечетко пальпируется опухолевидное образование плотно-эластичной консистенции, умеренно смещаемое. Пальпация образования провоцирует болевой приступ. Стула нет в течение суток. Диурез снижен.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез предполагаемого заболевания?
3. Дополнительные методы исследования подтверждающие диагноз, их информативность?
4. Лечебная тактика у данного больного?
5. Диспансеризация ребенка после выписки из стационара?

ЗАДАЧА №7.

В детское хирургическое отделение поступил ребенок 1 года через 4 часа от начала заболевания. Направлен участковым педиатром с диагнозом: инвагинация кишок. Заболевание началось внезапно среди полного здоровья и проявляло себя беспокойным поведением ребенка, которое чередовалось со "светлыми" промежутками, однократно был жидкий стул без патологических примесей. В общем анализе крови: лейкоцитов - $9,6 \times 10^9/\text{л}$, эритроцитов - $3,9 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула – палочкоядерных нейтр.-4, сегментоядерных нейтр.- 30, лимфоцитов-61, моноцитов - 5, СОЭ - 5 мм/час.

Задание.

1. Этиология и патогенез кишечной инвагинации?
2. Какие клинические признаки могут свидетельствовать о развивающейся инвагинации?
3. С чем наиболее часто приходится дифференцировать данное заболевание?
4. Какие методы дополнительного исследования при этом являются ведущими, их информативность?
5. Лечебная тактика при установлении диагноза у данного больного?

ЗАДАЧА №8.

У ребенка 7 лет внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, была многократная рвота с примесью желчи, осмотрен врачом-педиатром через 3 часа от начала заболевания. При осмотре состояние средней тяжести, стонет от боли, поджимает ноги к животу. Пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Температура тела нормальная. При аускультации сердца и легких - без особенностей. Живот умеренно вздут в мезогастрии, больше слева, где четко определяется видимая перистальтика кишки и положительный симптом Валя. При пальпации - выраженная болезненность в нижних отделах при относительно мягком животе. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец. Со слов матери в возрасте 4-х лет оперирован по поводу флегмонозного аппендицита, осложненного перитонитом.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача общей практики?
3. Объем дополнительных исследований при поступлении в стационар?
4. Способы лечения острой кишечной непроходимости?
5. Показания к операции и основные принципы её проведения?
6. Цель и задачи диспансеризации детей со спаечной болезнью?

ЗАДАЧА № 9.

В приемный покой детской больницы доставлена девочка 7 лет через полчаса после автомобильной катастрофы. Дежурным врачом заподозрен разрыв полого органа брюшной полости. Состояние ребенка крайне тяжелое. Пульс 110 ударов в минуту. АД – 80/40 мм.рт.ст. В общем анализе крови: лейкоцитов - $11,0 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 100 г/л, эритроцитов - $3,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов – 2%, сегментоядерных нейтрофилов - 66, лимфоцитов – 21%, моноцитов – 11%, СОЭ - 6 мм/час.

Задание.

1. На основании каких клинических признаков дежурный врач мог заподозрить разрыв полого органа брюшной полости?
2. Каковы дополнительные методы диагностики можно применить?
3. Объем и последовательность противошоковых мероприятий?
4. Методы лечения закрытых повреждений полых органов брюшной полости?
5. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?

ЗАДАЧА № 10.

Машиной скорой помощи в приемное отделение доставлен мальчик 11-лет. Около часа назад был сбит легковым автомобилем, при этом получил удар в область живота. Дежурным врачом заподозрен разрыв селезенки и внутрибрюшное кровотечение. В общем анализе крови: лейкоцитов - $9,5 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 95 г/л, эритроцитов - $2,9 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов – 4%, сегментоядерных нейтрофилов - 61, лимфоцитов – 25%, моноцитов – 10%, СОЭ - 9 мм/час.

Задание.

1. Каковы клинические признаки разрыва селезенки и внутрибрюшного кровотечения?
2. Оказание первой врачебной помощи и условия транспортировки пострадавшего в стационар?
3. Какими дополнительными лабораторными и специальными методами исследования можно подтвердить диагноз, их информативность?
4. Методы лечения закрытых повреждений паренхиматозных органов брюшной полости у детей?
5. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?

ЗАДАЧА №11.

В приемное отделение доставлен ребенок 8 лет с жалобами на боли в животе, рвоту. Два часа назад упал с высоты 3-х метров на твердый грунт. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом, кожные покровы и видимые слизистые бледные. ЧДД - 32 в минуту. Частота сердечных сокращений 130 в мин. Тоны сердца глухие. Пульс на периферии слабого наполнения. АД – 85/50 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный при поверхностной пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. В анализе крови – гемоглобин 60г/л, эритроцитов $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Оказание первой врачебной помощи и условия транспортировки пострадавшего в стационар?
3. Какими дополнительными специальными методами исследования можно подтвердить диагноз, их информативность?
4. Какова лечебная тактика на госпитальном этапе?
5. Принципы диспансеризации детей, перенесших тупую травму живота с повреждением внутренних органов?

ЗАДАЧА №12.

В детскую клинику доставлен годовалый ребенок с признаками выраженной анемии. Со слов матери около 3-х часов назад у мальчика среди полного здоровья был обильный жидкий стул с большим количеством измененной крови, после чего состояние ребенка резко ухудшилось, появилась бледность кожных покровов, сонливость, постоянно просит пить. Тошноты и рвоты не отмечалось. Ранее ни чем не болел. Наследственность не отягощена. Показатели периферической гемодинамики: пульс - 140 в мин, слабого наполнения, АД - 55/30 мм рт ст. Температура - 38°C. При аускультации сердца тоны звучные, ритмичные, на верхушке - слабый систолический шум. При пальцевом

исследовании прямой кишки: на перчатке темная кровь без каловых масс. При анализе крови: гемоглобин - 80 г/л, эритроцитов - $1,8 \times 10^{12}/л$.

Задание.

1. Синдромальный диагноз и возможные причины кровотечения?
2. Объем и последовательность лечебно-диагностических мероприятий при поступлении ребенка?
3. Показания к гемотрансфузии?
4. Способы эндоскопического гемостаза при кровотечениях из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта?
5. Показания к операции при желудочно-кишечных кровотечениях?

ЗАДАЧА №13.

В приемное отделение районной больницы машиной скорой помощи доставлена девочка 3-х лет. Со слов матери, около часа назад у ребенка на фоне полного здоровья была однократная обильная рвота малоизмененной кровью со сгустками, после чего состояние резко ухудшилось, появились слабость, чувство жажды, кожные покровы приобрели бледно-желтую окраску. Из перенесенных заболеваний: на первом месяце жизни отмечает гнойный омфалит, гематогенный остеомиелит правого плеча. Состояние ребенка расценено как тяжелое. Выражены внешние признаки анемии. Пульс – 140 в мин. АД – 70/30 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, на верхушке слабый систолический шум. При аускультации легких с обеих сторон чистое везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах слева. Живот несколько увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени не пальпируется. Селезенка на 3см выступает из подреберья, край её плотный.

Задание.

1. Предполагаемый диагноз и наиболее вероятная причина кровотечения?
2. Какие дополнительные методы исследования помогут установить этиологический диагноз и их информативность?
3. Мероприятия первой врачебной помощи?
4. Дальнейшая лечебная тактика при данном заболевании?
5. Цель и задачи диспансеризация детей с внепеченочной портальной гипертензией?

Модуль «Детская онкология»

ЗАДАЧА №14.

У новорожденной девочки, родившейся от первых срочных родов с массой тела 2500г, длиной 48см, при пальпации живота в области правого подреберья (проекция правой почки) прощупывается опухолевидное образование округлой формы, плотной консистенции с бугристой поверхностью, ограниченной подвижности, размерами 5 х 6см. В других отделах живот мягкий безболезненный. Брюшная стенка без видимых изменений. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Дополнительные методы диагностики, их информативность?
4. Тактика врача-педиатра?
5. Дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №15.

У новорожденного с массой тела 2600г (роды срочные, неосложненные) в левой половине крестцово-ягодичной области определяется опухолевидное образование округлой формы размерами 12х10х8см неоднородной консистенции: плотные участки чередуются с кистоподобными включениями. Кожные покровы над образованием не изменены. Пальпация безболезненна. Заднепроходное отверстие смещено вправо и впереди. Пропальпировать копчик не удается. Меконий отходит свободно.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Дополнительные методы исследования, их информативность?
4. Тактика неонатолога?
5. Принципы лечения?

ЗАДАЧА №16.

У ребенка 3-х лет при клинико-рентгенологическом обследовании, включающем экскреторную урографию, выявлена опухоль почки (нефробластома).

Задание.

1. Дифференциальная диагностика?
2. Клинико-рентгенологические признаки нефробластомы?
3. Методы дополнительного обследования?
4. Лечебная тактика?
5. Принципы диспансерного наблюдения?

Модуль «Детская хирургия»

ЗАДАЧА №17.

В детское хирургическое отделение поступил ребенок на 5 сутки после рождения, состояние тяжелое, кожные покровы бледные, выражены явления обезвоживания. Рвота после первых 2-х кормлений большим количеством желудочного содержимого с примесью желчи. Стул был в 1-е сутки, в дальнейшем стула не было. Живот не вздут, несколько выбухает в эпигастрии, а после рвоты западает. При пальпации – мягкий, безболезненный. Температура тела - $37,7^{\circ}C$.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие пороки развития могут явиться причиной рвоты у данного ребенка и каковы возможные осложнения?
3. Тактика врача-неонатолога при рождении ребенка с синдромом рвоты?
4. Какие нужно провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза?
5. Дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №18.

Мальчик 2-х мес. поступил в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии, с резко выраженными явлениями обезвоживания и гипотрофии. С 4-х недельного возраста у ребенка отмечается рвота «фонтаном» створоженным молоком. До этого имели место упорные срыгивания, постепенно перешедшие в рвоту после каждого приема пищи. Масса тела при рождении - 3,5 кг, при поступлении - 2,8 кг. Живот запавший, при пальпации - мягкий безболезненный. Положительный симптом «песочных часов». Стул скудный 1 раз в сутки. Мочится редко небольшими порциями.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Составьте план обследования ребенка и проведите дифференциальную диагностику со сходными заболеваниями.
- 3.Продолжительность и характер предоперационной подготовки?
4. Особенности хирургического лечения?
5. Послеоперационное ведение ребенка?

ЗАДАЧА №19.

У мальчика 6 месяцев с рождения периодически отмечаются обильные рвоты, до 2-х – 4-х раз в сутки, большим количеством желудочного содержимого. Рвотные массы интенсивно окрашены желчью. Приступы рвот сопровождаются значительной потерей массы тела – на 300-400 г в сутки. Во время приступа ребенок ведет себя беспокойно, сучит ножками, принимает коленно-локтевое положение. Эпизоды рвоты заканчиваются также внезапно, как и появляются, после чего ребенок начинает прибавлять в весе. При осмотре состояние средней тяжести. Умеренно выражены признаки гипотрофии и обезвоживания. Вес при рождении 3400г., при поступлении – 5600г. При физикальном исследовании легких и сердца без особенностей. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не прощупываются. Печень у края реберной дуги мягко-эластической консистенции. Селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочится редко, моча внешне не изменена.

Задание.

- 1.Возможные причины синдрома рвоты у данного ребенка?
- 2.План обследования?
- 3.Какие рентгенологические признаки могут указывать на нарушение проходимости начальных отделов ЖКТ?
- 4.Тактика педиатра при подтверждении диагноза высокой кишечной непроходимости?
- 5.Тактика детского хирурга?

ЗАДАЧА №20.

У мальчика 3-х месяцев с рождения отмечаются упорные срыгивания, периодически рвоты, возникающие как во время кормления, так и после приема пищи. Родился в срок с массой тела 3500 г. На момент осмотра масса тела 4300 г. Кожные покровы и видимые слизистые бледны. При аускультации легких с обеих сторон выслушиваются множественные хрипы на фоне жесткого дыхания. ЧСС – 110 в мин. ЧДД – 45 в мин. Живот не вздут, симметричен; при пальпации – мягкий, безболезненный, без патологических образований. Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37°C. В общем анализе крови – Нб – 100г/л, эр – $2,8 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 2мм/час, лейкоцитарная формула - без особенностей.

Задание.

- 1.Предварительный синдромальный диагноз?
- 2.Возможные причины синдрома срыгиваний и рвот у ребенка?
- 3.Тактика участкового педиатра?
- 4.План обследования и информативность дополнительных методов диагностики?
- 5.Лечебная тактика?

ЗАДАЧА №21.

У мальчика 3-х лет периодически отмечается рвота, отрыжка воздухом, положительный симптом «мокрой подушки». Из анамнеза известно, что у ребенка 2-4 раза в год возникает бронхит с затяжным течением. При проведении исследования пищевода и желудка с барием в прямой, боковой проекциях и положении Тренделенбурга отмечается гастроэзофагеальный рефлюкс при этом пищевод и желудок образуют фигуру «слона с поднятым хоботом», отмечается грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. При ФГДС - очаговая эритема с одиночными поверхностными эрозиями и рыхлость слизистой абдоминального отдела пищевода. Недостаточность кардии. Признаки рефлюкс-эзофагита.

Задание.

- 1.Каковы основные клинические проявления ГЭР и его возможные причины?
- 2.Каковы эндоскопические и рентгенологические признаки грыжи пищеводного отверстия?
- 3.Осложнения грыж пищеводного отверстия?
- 4.Тактика лечения?
- 5.Послеоперационная реабилитация и диспансерное наблюдение?

ЗАДАЧА № 23.

В приемный покой детского хирургического отделения поступил ребенок на 3 сутки после рождения. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы с землистым оттенком, выраженные явления интоксикации, многократная рвота кишечным содержимым, $T - 38,7\text{ }^{\circ}\text{C}$, живот вздут, при пальпации напряжен и болезненный во всех отделах. Отмечается пастозность и гиперемия передней брюшной стенки. Стула не было с момента рождения.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
- 2.Какие пороки развития могут явиться причиной рвоты у данного ребенка и какие возможны осложнения?
- 3.Тактика врача-неонатолога при рождении ребенка с синдромом отсутствия мекония, условия транспортировки в специализированный стационар?
- 4.Какие нужно провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза, их информативность?
- 5.Лечебная тактика и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №24.

У ребенка 10 мес., с рождения отмечаются затруднения в отхождении стула и газов. Последние 2 месяца стул удается получить только после очистительной клизмы. Ребенок ослаблен, масса тела 8000 гр. Кожа и видимые слизистые бледные. Грудная клетка укорочена, живот увеличен в размерах, по флангам распластан, напоминает “лягушачий”. При пальпации положительный симптом “глины”.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Составьте план обследования ребенка?
- 4.Какие дополнительные методы обследования являются решающими при установлении диагноза, их информативность?
- 5.Хирургическое лечение и послеоперационная реабилитация?

Модуль «Торакальная хирургия у детей».

ЗАДАЧА №25.

В родильном доме находится мальчик, первые сутки жизни. От первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине.

Роды срочные. Масса тела при рождении 3700 г, длина – 56 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. Через два часа после рождения появились беспокойство, одышка, цианоз. Была однократная рвота с примесью желчи. Состояние ребенка стало прогрессивно ухудшаться. При осмотре: живот ладьевидно втянут, мягкий и безболезненный при пальпации; левая половина грудной клетки несколько выбухает и отстает в акте дыхания. При перкуссии грудной клетки отмечается смещение границ относительной сердечной тупости вправо, над левым легким – тимпанит. При аускультации: тоны сердца также смещены вправо, слева – дыхание резко ослаблено, справа – проводится хорошо.

Задание.

1. Какова возможная причина развития острой дыхательной недостаточности у новорожденного?
2. Патогенез дыхательных расстройств у ребенка?
3. Какие дополнительные исследования помогут установить этиологический диагноз?
4. Тактика врача-неонатолога и условия транспортировки?
5. Дальнейшая лечебная тактика?

ЗАДАЧА №26.

У новорожденной девочки с массой тела 2800г, длиной 52см, после не осложненных срочных родов с первых часов жизни отмечаются обильные пенистые выделения изо рта и носа. Появились одышка и акроцианоз. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий и безболезненный, при перкуссии в эпи- и мезогастральных областях – тимпанит. При аускультации грудной клетки: тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС – 160 в мин; в легких с обеих сторон дыхание проводится равномерно, справа и над трахеей – влажные хрипы.

Задание.

1. О каком пороке развития необходимо подумать?
2. Какие неотложные диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Мероприятия первой помощи и условия транспортировки?
4. Дальнейшая лечебная тактика?
5. Послеоперационная реабилитация и диспансеризация.

ЗАДАЧА №27.

У новорожденного мальчика (масса при рождении – 4000г, длина – 58см, роды срочные не осложненные) на 4-е сутки жизни внезапно появилось беспокойство. Стремительно начала нарастать одышка, появился разлитой цианоз. При осмотре: правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, увеличена в размерах; при перкуссии над легким – тимпанит, границы сердца смещены влево; при аускультации – дыхание справа не проводится. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при этом отмечается интенсивное втяжение эпигастральной области.

Задание.

1. Каковы наиболее вероятные причины развившейся респираторной катастрофы?
2. Какие неотложные диагностические мероприятия необходимо провести?
3. Мероприятия первой помощи?
4. Дифференциально-диагностические признаки возможных причин СДН, выявляемые на рентгенограмме?
5. Дальнейшая лечебная тактика?

Модуль «Гнойная хирургия у детей».

ЗАДАЧА №28.

Вы участковый педиатр. У новорожденного 2-х недель повысилась температура тела до 38,5⁰С, появился отек в области левой грудной железы, кожа вокруг нее гиперемирована, отечна, пальпация железы болезненная, определяется симптом флюктуации.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Ваша тактика?
4. Тактика детского хирурга?
5. Основные принципы лечения гнойно-септических заболеваний у новорожденных?

ЗАДАЧА №29.

В приемное отделение детской больницы обратилась мать с 3-х недельным ребенком. Жалобы: на высокую температуру тела (до 39⁰С) у малыша, гиперемия, отек в крестцово-копчиковой области. Гиперемия и инфильтрация стремительно распространяются на ягодичцы, несмотря на обработку этого участка детским кремом. При осмотре состояние ребенка тяжелое, признаки интоксикации, беспокоен, в крестцово-копчиковой области определяется гиперемия кожи, инфильтрация, в центре с цианотичным оттенком. Пальпация пораженного участка вызывает беспокойство ребенка.

Задания:

1. Предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику?
3. Тактика дежурного педиатра?
4. Основные принципы лечения гнойной инфекции?
5. Тактика хирурга, возможные осложнения?

ЗАДАЧА №30.

Мальчик 12 лет во время игры в футбол сильно ушиб ногу, на следующий день резко повысилась температура до 39⁰С. Предъявляет жалобы на боли в правой ноге, невозможно пользоваться конечностью, общее недомогание. Объективно: в верхней трети правой голени определяется припухлость кожи, в этом месте она слегка гиперемирована, резко болезненна при пальпации. Активные и пассивные движения в правом коленном суставе вызывают сильную боль.

Задание.

1. Предположительный диагноз?
2. Тактика участкового педиатра и врача скорой помощи?
3. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз, их информативность?
4. Проведите дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями.
5. Лечебная тактика, диспансеризация и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №31.

Ребенок 3-х мес. поступил в клинику с высокой температурой до 39⁰С, признаками интоксикации. Со слов матери заболевание началось 1 сутки назад, с подъема температуры тела, однократной рвоты, вялости, отказа от еды, беспокойства при пеленании. При осмотре выявлены припухлость, гиперемия и деформация правого коленного сустава, местное повышение температуры. Пальпация ножки и пассивные движения

в суставе вызывают плач и беспокойство ребенка.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Методы исследования для подтверждения диагноза, их информативность?
- 3.Лечебные мероприятия?
- 4.Возможные осложнения?
- 5.Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА №32.

У ребенка 3-х лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу острой двухсторонней пневмонии, резко ухудшилось общее состояние: появились двигательное беспокойство, одышка, цианоз. Частота дыхания - 60 в мин, пульс - 140 в мин. Температура тела 38⁰С. При перкуссии определяется смещение границ относительной сердечной тупости влево, справа - притупление перкуторного звука до уровня 4 ребра, выше - тимпанит, при аускультации - справа дыхание резко ослаблено. Живот умеренно вздут, при пальпации безболезненный.

Задание.

1. Какое осложнение развилось у больного? Сформулируйте диагноз.
2. Какое неотложное исследование следует провести больному для подтверждения диагноза, их информативность?
3. Лечебная тактика при данном заболевании и какие врачебные мероприятия необходимо провести больному в первую очередь?
4. Какова последовательность применения хирургических лечебных мероприятий при данной форме заболевания
5. Цель и задачи диспансерного наблюдения после выписки из стационара?.

ЗАДАЧА №33.

У 2-х мес. ребенка, находящегося на лечении в детском отделении по поводу эпифизарного остеомиелита левого бедра, на фоне нарастания гнойно-септического синдрома внезапно появились признаки внутригрудного напряжения справа.

Задание

- 1.Каковы клинико-лабораторные признаки гнойно-септического синдрома?
- 2.Возможные причины внутригрудного напряжения у данного ребенка?
- 3.Их клинические и рентгенологические признаки?
- 4.Лечебная тактика?
- 5.Цель и задачи диспансерного наблюдения?

ЗАДАЧА № 34.

В детское хирургическое отделение из ЦРБ доставлен мальчик 7 лет с жалобами на кашель с выделениями обильной гнойной мокроты. Болеет 1 месяц. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В нижних отделах правого легкого определяется притупление перкуторного звука, при аускультации - на фоне ослабленного дыхания выслушиваются влажные хрипы. Тоны сердца слегка приглушены, ЧСС - 140 в мин. Температура тела – 38⁰С. На рентгенограмме органов грудной полости: справа, в проекции нижней доли легкого определяется округлая тень диаметром 4 см с горизонтальным уровнем жидкости. Тень средостения несколько смещена вправо.

Задания:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Какие сведения из анамнеза следует уточнить?
- 3.Дифференциальная диагностика?
- 4.Составьте план обследования и лечения больного.
- 5.Какие возможны осложнения при данном заболевании?

ЗАДАЧА №35.

В детское хирургическое отделение поступила девочка, 3-х лет. Со слов матери, у ребенка на протяжении последнего года периодически наблюдаются приступы сильных болей в верхней части живота, сопровождаемые подъемом температуры до фебрильных цифр и рвотой, не приносящей облегчения. Рвотные массы желчи не содержат. После приступа отмечается иктеричность склер, потемнение мочи и слабое прокрашивание каловых масс. При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Со стороны легких и сердца при физикальном исследовании без патологии. Живот не вздут, в акте дыхания участвует равномерно всеми отделами, при пальпации – мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Здесь же нечетко пальпируется опухолевидное образование округлой формы, до 5-6см в диаметре, мягко-эластической консистенции. Печень +1+2 см из-под края реберной дуги, край её закруглен, несколько плотноват. Селезенка не прощупывается. Поколачивание по поясничным областям безболезненно. Цвет мочи не изменен.

Задание.

- 1.Какие основные синдромы имеются в клинической картине заболевания?
2. Какие необходимо провести дополнительные исследования для установления диагноза, их информативность?
- 3.Дифференциальная диагностика?
- 4.Показания к хирургическому лечению, его цель?
- 5.Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация?

ЗАДАЧА №36.

Мальчик 2-х мес. поступил в детское соматическое отделение с желтушной окраской кожных покровов и видимых слизистых, повышенной кровоточивостью из мест инъекций, периодическим беспокойством. Ребенок от первой, нормально протекавшей беременности, физиологических срочных родов. Родители здоровы. Масса тела при рождении 3200г, при поступлении – 4100г. На 6-е сутки выписан из родильного дома с субиктеричной окраской кожных покровов. Желтушность постепенно нарастала, каловые массы обесцветились, потемнела моча. В возрасте 1 месяца госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на врожденный гепатит. После проведенного обследования диагноз гепатита был снят.

На момент осмотра состояние средней тяжести. Ребенок беспокоен. Кожные покровы и склеры желтушной окраски. Со стороны органов грудной полости без патологии. ЧСС – 126 в мин. ЧДД – 39 в мин. Живот увеличен в размерах, при пальпации - мягкий безболезненный. Отмечается расширение подкожных вен брюшной стенки. Печень +5+6см ниже реберной дуги, селезенка +5см из-под края реберной дуги.

Задание

- 1.Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2.Дифференциальная диагностика и её продолжительность?
- 3.Наиболее информативные методы диагностики?
4. Показания к хирургическому лечению и его цель?
5. Предоперационная подготовка и послеоперационная реабилитация.

ЗАДАЧА № 37

Мальчик 1,5 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на сильную боль в левой паховой области, тошноту, однократную рвоту. Заболел остро 3 часа назад. При осмотре в левой паховой области определяется опухолевидное образование плотнoэластической консистенции, резко болезненное при пальпации. Кожные покровы над образованием не изменены. Яички в мошонке, размеры их соответствуют возрасту. При общем клиническом обследовании ребенка другой патологии не обнаружено. Температура тела не повышалась.

Задание.

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3.Тактика дежурного педиатра?
- 4.Тактика дежурного хирурга, показания к операции, особенности её выполнения у детей раннего возраста?
- 5.Цель и задачи диспансеризации ребенка после выписки из стационара.

ЗАДАЧА №38.

В приемное отделение детской больницы машиной скорой помощи доставлен мальчик 5-ти лет с жалобами на боли в нижней части живота и левой половине мошонки, дважды была рвота, однократно – жидкий стул без патологических примесей. Заболел 12 часов назад, когда появились боли в левой половине мошонки. Подобные явления наблюдались около полугода назад, прошли самостоятельно. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, стонет от болей. Кожные покровы бледные. Температура тела 38⁰С. Со стороны органов грудной полости без патологии. Зев спокоен. Живот правильной формы; в акте дыхания участвует равномерно всеми отделами; при пальпации – мягкий, болезненный в левой подвздошно-паховой области и над лоном. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мошонка увеличена в размерах, левая её половина отечна и гиперемирована. Левое яичко увеличено, плотное, резко болезненное при пальпации; правое – не изменено. Кремастерный рефлекс слева отсутствует.

Задание.

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Дифференциальная диагностика?
- 3.Возможные осложнения и их профилактика?
- 4.Лечебная тактика?
- 5.Послеоперационная реабилитация и прогноз?

Модуль «Детская онкология».**ЗАДАЧА №39.**

У ребенка 2 мес. в теменной области с рождения имеется образование синюшно-красного цвета (“винное пятно”), не выступающее над поверхностью кожи, с неровными контурами, размерами 5 x 6см.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Этиология и патогенез сосудистых мальформаций?
- 3.Проведите дифференциальную диагностику?
- 4.Тактика врача-педиатра?
- 5.Возможные методы лечения данной патологии?

ЗАДАЧА №40.

В родильном доме у новорожденной девочки на сгибательной поверхности правого предплечья в верхней трети обнаружено опухолевидное образование размерами 3,5 x 4 см, значительно выступающее над поверхностью кожи, синюшного цвета, покрытое малоизмененной кожей, мягко-эластической консистенции, безболезненное.

Задание.

- 1.Предположительный диагноз?
- 2.Дифференциальная диагностика?
- 3.Классификация врожденных сосудистых новообразований?
- 4.Тактика врача-неонатолога?
- 5.Возможные методы лечения и тактика детского хирурга?

Коды компетенций	Формулировка задания
ПК - 5	Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз заболевания
ПК-5	Составьте план обследования. Проведите дифференциальную диагностику.
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8	Постройте план лечения данного клинического случая
ПК – 2, 6 УК – 1-3	Определите и опишите характер и ход хирургического вмешательства
ПК – 2, 8	Определите тактику послеоперационного ведения пациента

5.2 Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Первый этап Госэкзамена - практические навыки – проводится в соответствии с расписанием работы кафедры и комиссии ГИА. Место проведения – базы кафедры с использованием при необходимости симуляционного оборудования университета. Время на подготовку к выполнению манипуляции – 10 минут. Обучающимся запрещается пользоваться мобильными

устройствами, дополнительными информационными источниками. Второй этап - тестирование проводится в соответствии с расписанием в компьютерном классе. Каждому обучающемуся в порядке случайной выборки формируется комплект тестовых заданий, состоящий из 50 вопросов. Время проведения тестирования 50 минут. Студентам запрещается пользоваться мобильными устройствами, дополнительными информационными источниками.

Третий этап – собеседование по клиническим задачам – проводится в соответствии с расписанием, в аудитории СтГМУ, аттестационной комиссией. Комплектование набора из двух ситуационных задач осуществляется с использованием информационных систем. На решение одной задачи отводится 30 минут. Студентам запрещается пользоваться мобильными устройствами, дополнительными информационными источниками.

6. Список рекомендуемой литературы

1. Детская хирургия : учеб. / М. П. Разин, С. В. Минаев, И. А. Турабов [и др.]. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 704 с.
2. Детская хирургия: учеб. для студ. вузов / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1040 с.
3. Неотложная хирургия детского возраста : учеб. пособие для студ. вузов / М. П. Разин, С. В. Минаев, В. А. Скобелев, Н. С. Стрелков . - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.
4. Организация работы и ухода за больными в детском хирургическом отделении : учеб. пособие для студ. мед. вузов / С. В. Минаев, А. В. Исаева, С. В. Тимофеев [и др.]. - Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2021. - 272 с. – [Ссылка на книгу](#)
5. Хирургия живота и промежностей у детей. Атлас [Электронный ресурс] / под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 508 с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420065.html?SSr=250133794b08723f4f6957828011959>

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" необходимых для освоения дисциплины

1. Сайт РОХ - :<http://www.kak-vstupit-v-roh/kak-vstupit-v-roh.html>
2. Сайт научной библиотеки ГБОУ СтГМУ МЗ РФ - URL: <http://library.stgmu.ru/>
3. Сайт лапароскопия рф - URL: <http://laparoscopyrf.ru>
4. Сайт Министерства здравоохранения РФ - URL: <http://www.rosminzdrav.ru>

8. Перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

При освоении данной дисциплины специального программного обеспечения не требуется. В ходе реализации целей и задач дисциплины обучающиеся могут использовать возможности информационно-справочных систем и архивов

1. ЭБС «Консультант студента» Студенческая электронная библиотека;
 2. Электронный каталог» (Local);
 3. Электронная база данных «Clinic Key»;
 4. ЭБС «Электронная библиотека технического вуза».
- Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Лицензионное и свободно распространяемое программное обеспечение

Среда Электронного обучения 3LK Русский MOODLE	Бесплатное Тех. Поддержка 359ЭТ 19.21.2022
Mind платформа для видеоконференций	№135/ЗК от 9.07.2021
1С:Университет Проф	№27 от 30.04.2014

Установленное на ПК

Kaspersky endpoint security	№99/ЭТ от 21.06.2021
Архиватор ZIP	бесплатное
Adobe Acrobat reader	бесплатное
VLC медиаплеер	бесплатное
Astra Linux Common Edition релиз Орёл	№92/ЭТ от 15.06.21

5. Материально-техническое обеспечение ГИА

1 этап	- Ресурсы клинических баз кафедры (оборудование и инструментарий, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи по профилю) - Симуляционное оборудование центра аккредитации (тренажеры, фантомы)
2 этап	Учебные аудитории, компьютерный класс, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам
3 этап	Учебные аудитории, соответствующие действующим противопожарным правилам и нормам

Программа ГИА разработана в соответствии со следующими документами:

- ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённого приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. № 1110 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014 N 34417
- Приказ Минтруда России от 26.11.2018 N 744н "Об утверждении профессионального стандарта "Врач детский - хирург" (Зарегистрировано в Минюсте России 11.12.2018 N 52964);
- Приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программы ординатуры».

Рабочая программа дисциплины «Детская хирургия» 31.08.16 разработана:

Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Минаев С.В.

Доцент, к.м.н. Исаева А.В.

Доцент, к.м.н. Тимофеев С.В.

Доцент, д.м.н. Герасименко И.Н.

Доцент, к.м.н. Доронин Ф.В.

Доцент, к.м.н. Анисимов И.Н.

Рассмотрена на заседании кафедры детской хирургии с курсом ДПО

Согласована с деканом факультета ИПДО Минаевым С.В.