Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 29.08.2023 14:56:24
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение к РПД

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России)

Кафедра детской хирургии

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике, д.м.н., доцент
Т.В. Бородулина
«26» мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.03 Диагностика хирургических болезней в практике врача-педиатра

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.19 Педиатрия*

Квалификация: *Врач-педиатр*

г. Екатеринбург
2023

Фонд оценочных средств дисциплины «Диагностика хирургических болезней в практике врача-педиатра» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности **31.08.19 Педиатрия** (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России № 96 от 02.02.2022 г.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Ученая степень	Ученое звание	Должность
1	Цап Наталья Александрова	Доктор медицинских наук	Профессор	Заведующая кафедрой детской хирургии

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

Рецензенты:

- заместитель начальника отдела организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области, главным педиатром Свердловской области, д.м.н., доцент **Малямова Любовь Николаевна** (рецензия прилагается).
- Зав. кафедрой педиатрии ФПК и ППС ФГБОУ ВО ТюмГМА Минздрава России, д.м.н., профессор, председатель совета Профессиональной ассоциации педиатров Тюменской области, действительный член СО РАЕН **Петрушина Антонина Дмитриевна** (рецензия прилагается).

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры детской хирургии (протокол № 10 от 03.05.2023 г.);
- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол № 5 от «10» мая 2023 г.);

1. **Кодификатор**

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица (ДЕ)		**Контролируемые ЗУН, направленные на формирование УК и ПК**		
		Знать (формулировка знания и указание УК, ОПК и ПК)	**Уметь** (формулировка умения и указание УК, ОПК и ПК)	**Владеть** (формулировка навыка и указание УК, ОПК и ПК)
ДЕ 1	Неотложная хирургия УК-1; ОПК-4, 5, 6, 10, ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	Оказание помощи детям в неотложном порядке. Понятие экстренной хирургической помощи и интенсивной терапии. Симптоматику острого *аппендицита.* Клинику атипичных форм аппендицита. Понятие о хроническом аппендиците. Дифференциальную диагностику у детей младшего и старшего возраста. Лечение острого аппендицита. *Приобретенная непроходимость кишечника:* основные причины, классификацию, клинику обтурационной непроходимости кишечника у детей. Дифференциальную диагностику динамической и механической непроходимости. Методы лечения. Причины формирования инвагинации кишечника. Клинические признаки инвагинации. Сроки диагностики. Дифференциальная диагностика. Показания к консервативному и к оперативному лечению. *Ущемленные грыжи у детей.* Клиника ущемления у детей младшего и старшего возраста. Дифференциальная диагностика. Тактические вопросы лечения. *Травма паренхиматозных и полых органов брюшной полости.* Понятие о детском травматизме. Причины травм у детей. Особенности детской травмы. Роль врача педиатра в профилактике детского травматизма. *Закрытые повреждения паренхиматозных и полых органов* брюшной полости: клиника, диагностика, лечение. Значение УЗИ, КТ, диагностической лапароскопии. Органосохраняющие принципы лечения. *Неотложные состояния у девочек, вызванные заболеваниями внутренних гениталий*: вульво-вагиниты инфекционной этиологии, пельвиоперитонит, аднексит. Клиника, диа-	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирургических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Оценить степень кровопотери. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнительных методов исследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Определить показания к госпитализации, выбрать ЛПУ, согласно маршрутизации пациентов хирурги-	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования <u>местного статуса</u> - зоны клинического интереса для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тяжести состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой вра-

		гностика. Лечение. *Острые заболевания органов мошонки.* Желудочно-кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Причины желудочно-кишечных кровотечений у детей. Классификация кровотечений. Определение степени кровопотери. Общие принципы диагностики: роль анамнеза и клиники, дополнительных методов диагностики (рентгенологические методы, УЗИ, ФГС, радиоизотопное сканирование, колоноскопия и ректосигмоскопия, лапароскопия). Общие принципы консервативного лечения (гемостатической терапии) – заместительная терапия, активация тромбоцитарных и гуморальных факторов свертывания, профилактика фибринолиза. Роль сандостатина (октреотида) в лечении ЖКТ кровотечений.	ческого профиля.	чебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
ДЕ 2	Гнойная хирургия УК-1; ОПК-4, 5, 6, 10, ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	*Гнойные заболевания мягких тканей***.** Рожистое воспаление. Паронихий. Панариций. Костный панариций. Диагностика. Тактика. Лечение. Принципы назначения антибактериальной терапии. Лимфаденит и аденофлегмоны. Парапроктит. Мастит. Особенности диагностики и оперативного лечения. *Острый гематогенный остеомиелит.* Общие и местные симптомы при остеомиелите. Клиническая картина различных форм ОГО. Диагностику ОГО: лабораторные, специальные и инвазивные методы диагностики. Дифференциальная диагностика ОГО. Атипичные формы гематогенного остеомиелита. Клиника, рентгенологическая картина. Дифференциальный диагноз с туберкулезным поражением костей, остеохондропатиями, злокачественными и доброкачественными опухолями костей. Особенности диагностики остеомиелита плоских и губчатых костей.Принципы лечения. Диспансеризация. Критерии перехода в хроническую стадию. *Хронический остеомиелит.* Причины развития. Классификация. Формы и стадии. Признаки обострения и ремиссии.	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирургических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнительных методов исследования. Обосновать и поставить ди-	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования <u>местного статуса</u> - зоны клинического интереса для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тяжести состояния ребенка по клиническим

		Диагностика. Рентгенодиагностика. Роль КТ. Основные принципы лечения в период обострения. Диспансеризация детей с хроническим остеомиелитом.	агноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Определить показания к госпитализации, выбрать ЛПУ, согласно маршрутизации пациентов хирургического профиля.	симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
ДЕ 3.	Плановая хирургия УК-1; ОПК-4, 5, 6. ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	Причины формирования паховых грыж у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика кисты семенного канатика, паховой грыжи и крипторхизма. УЗИ диагностика. Роль доплерографии в диагностике исходов заболеваний вагинального отростка брюшины. Виды и сроки операции. Осложнения. Диспансеризация. *Хронический функциональный и органический колостаз у детей. Болезнь Гиршпрунга.* Дифференциальная диагностика функционального и органического колостаза. Значение современных рентгеноконтрастных методов исследования толстого кишечника. Значение УЗИ исследования толстой кишки. Лечение нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки, комплекс медикаментозных, физиотерапевтических, воспитательных мероприятий. Лечение органического колостаза: болезнь Гиршпрунга, врожденного стеноза, новообразований толстой кишки. Диспансерное наблюдение. *Аноректальные аномалии.* Классификация врожденных аномалий аноректальной области. Алгоритм рентгенодиагностики при атрезии прямой кишки. Необходимость исследования других систем при атрезии прямой кишки: сочетание пороков развития. Так-	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирургических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнительных методов исследования. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследо-	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования <u>местного статуса</u> - зоны клинического интереса для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тяжести состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лаборатор-

		тика, возрастные показания к оперативному лечению у девочек. Стенозы анального канала и прямой кишки, эктопия заднепроходного отверстия. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. *Аномалии желчных протоков и желчного пузыря у детей.* Основные причины формирования атрезии желчных протоков. Классификация пороков развития билиарного тракта. Клиника, диагностика атрезии желчных протоков. Лечение. Сроки оперативного лечения при атрезии желчных протоков. *Желчнокаменная болезнь.* Этиология и патогенез холелитиаза у детей. Клинические формы течения. Методы диагностики. Лабораторные изменения при холестазе. Методы исследования функции желчного пузыря (динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной системы, УЗИ с кинетикой). Холецистография. Показания к оперативному методу лечения. Возможности консервативной терапии. Алгоритм динамического наблюдения. *Мягкотканые доброкачественные новообразования***.** Классификация доброкачественных образований мягких тканей. Диагностика. Современные методы лечения гемангиом. Диспансеризация. Прогноз. Лимфангиомы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Ангиодисплазии. Классификация. Синдром Паркс-Вебера. Синдром Клиппель-Треноне. Диагностика. Современные методы лечения.	вания. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Своевременно направить на консультацию к детскому хирургу. Определить показания к госпитализации, выбрать ЛПУ, согласно маршрутизации пациентов хирургического профиля. Составить план диспансеризации пациентов после оперативного лечения по поводу органического колостаза и желчнокаменной болезни и мочекаменной болезни.	ной и инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
ДЕ 4.	Торакальная хирургия УК-1; ОПК-4, 5, 6. ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	*Острая гнойная деструктивная пневмония (ОГДП).* Этиологию и патогенез ОГДП. Классификация. Плевральные формы ОГДП: пиоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс, экссудативный плеврит (напряженный, простой). Легочные формы ОГДП: абсцесс, буллезная форма, лобит. Клиника. Диагностика: рентгенологические признаки, УЗИ-исследование, КТ-диагностика. Принципы лечения плевральных и внутрилегочных форм	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирур-	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования <u>местного статуса</u> - зоны клинического интереса

		ОГДП: современные подходы к АБ-терапии; лечение местного очага (показание к плевральной пункции, дренированию плевральной полости, санационной бронхоскопии). Диспансерное наблюдение. *Врожденные деформации грудной клетки.* Этиология, к*лассификация:* воронкообразные деформации (I, II, III ст.), килевидные деформации, синдром Поланда. *Клиника, диагностика ВДГК.* Роль компьютерной томографии и функциональных методов обследования в диагностике и определении показаний к операции. *Пороки развития и заболевания пищевода:* врожденный короткий пищевод, халазия и ахалазия пищевода, ГЭР, эзофагит. Rn- и эндоскопические методы диагностики. *Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы,* классификация, клиника, диагностика, методы оперативного лечения – грыжесечение и пластика пищеводного отверстия диафрагмы с фундопликацией. *Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода.* Механизм повреждения, виды прижигающих жидкостей и веществ, коагуляционный и колликвационный ожоги слизистой пищевода. Степени ожога по результатам эндоскопического исследования. Оказание помощи на догоспитальном этапе, в соматическом стационаре: промывание желудка дезактиваторами, борьба с шоком, дезинтоксикационная терапия. Сроки эндоскопической диагностики и перевода ребенка в хирургический стационар. *Опухоли и кисты средостения, легких и плевры.* КЛФ доброкачественных и злокачественных новообразований в грудной клетке. Клиника, диагностика и методы лечения. Значение лучевых методов исследования: рентгенография, КТ, МРТ. Определение показаний к оперативному лечению. Эндоскопические методы диагностики и лечения опухолевых образований грудной полости. *Хронические нагноительные заболевания легких у детей:* деформирующий бронхит и бронхоэктатическая болезнь	гических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнительных методов исследования. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Своевременно направить на консультацию к детскому хирургу. Определить показания к госпитализации, выбрать ЛПУ, согласно маршрутизации пациентов хирургического профиля. Назначить антибактериальную терапию, ингаляционную терапию. Оказать неотложную врачебную помощь при инородных телах верхних дыхательных путей, ожогах пищевода, напряженном пневмотораксе.	для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тяжести состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных состояниях.

		(БЭБ). Клиническая картина БЭБ. Бронхоскопия, бронхография. Дифференциальная диагностика деформирующего бронхита и БЭБ. Комплекс консервативных лечебных мероприятий с проведением санационных бронхоскопий, опорожнение бронхов путем дренажных положений, лечебной гимнастики, ингаляций, назначение антибактериальной терапии. Показания к хирургическому методу лечения БЭБ. *Инородные тела трахеи и бронхов.* Клиника, диагностика инородного тела трахеи, бронхов. Виды инородных тел. Оказание экстренной помощи. Лечебная бронхоскопия. Прогноз при длительно стоящих инородных телах. *Диафрагмальные грыжи.* Истинные грыжи собственно диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение. Клиника и диагностика грыж пищеводного отверстия диафрагмы у младенцев и детей раннего возраста. Дифференциальная диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.		
ДЕ 5.	Хирургия новорожденных УК-1; ОПК-4, 5, 6. ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	Особенности оказания помощи новорожденным. Работа выездной бригады. *Врожденная кишечная непроходимость. Основные виды* непроходимости. Причины разной симптоматики при различной локализации полной высокой кишечной непроходимости. Диагностика в стационаре. Алгоритм действий врача приемного покоя: зондирование желудка, введение газоотводной трубки в прямую кишку, обзорная рентгенография органов брюшной полости. Синдром Ледда. Особенности клиники внутриутробного и постнатального заворота. Синдром «короткой» кишки. *Пороки развития, сопровождающиеся синдромом острой дыхательной недостаточности (атрезия пищевода, врожденные кисты легких, врожденная лобарная эмфизема).* Основные принципы диагностики атрезии пищевода. Варианты синдромов и ассоциаций, в которые входит атрезия пищевода: VACTER & CHARGE. Зондирование атрезиро-	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирургических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнитель-	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования <u>местного статуса</u> - зоны клинического интереса для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тя-

		ванного пищевода, проба Элефанта. Необходимость рентгенологического обследования. Антибиотикопрофилактика. Тактика при перегоспитализации ребенка из роддома в хирургический стационар. Диагностика в специализированном стационаре. Причины летальности. Причины осложнений. *Врожденная лобарная эмфизема.* Частота. Причины формирования и анатомия порока . симптомы. Современные методы диагностики. КТ. Дифференциальная диагностика. Врожденные кисты легких. Понятие кистозной дисплазии. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лучевые методы диагностики. Показания к КТ. *«Ложные» диафрагмальные грыжи.* Причины формирования. Антенатальная диагностика. Сроки. Степень гипоплазии легких и прогноз выживаемости. Диагностика. Тактика врача-реаниматолога и детского хирурга. Особенности транспортировки. ИВЛ. Сроки оперативного вмешательства. *Некротизирующий энтероколит у новорожденных и детей раннего возраста.* Определение. Этиология. Особенности недоношенных новорожденных. Факторы риска формирования НЭК. Роль госпитальной инфекции и манипуляций в формировании НЭК. Принципы лечения в соматическом отделении. Выбор антибактериальной терапии и ее обоснованность. Необходимость перегоспитализации в хирургический стационар Принципы наблюдения. Динамика УС-признаков, рентгенологических признаков. Основные причины летальности. *Родовые повреждения у детей.* Основные причины натальной травмы. Родовые повреждения черепа. Кефалогематома. Сроки лечения. Показания и противопоказания к пункционному методу лечения. Повреждения костей скелета: перелом ключицы: диагностика, тактика. Особенности у новорожденных. Виды фиксации ключицы у новорожденных. Перелом плечевой ко-	ных методов исследования. Проводить зондирование пищевода, желудка, вводить газоотводную трубку. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Своевременно направить на консультацию к детскому хирургу. Определить показания к госпитализации, тактику при перегоспитализации ребенка в хирургический стационар.	жести состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

		сти со смещением и без. Диагностика. Тактика. Лечение. Практика оказания помощи в ЛПУ разного уровня на этапах. Лечение новорожденных с переломами бедренной кости в специализированном отделении.		
ДЕ 6.	Травматология и ортопедия УК-1; ОПК-4, 5, 6. ПК – 1, 2, 3, 4, 5.	Черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей. Типичные для детского возраста повреждения костей свода черепа. Классификация ЧМТ у детей. Клиника ЧМТ у детей разных возрастных групп. Особенности неврологического осмотра ребенка. Трудности диагностики ЧМТ у детей, методики дополнительного обследования. Принципы консервативного лечения ЧМТ у детей. Наблюдение, реабилитация, исходы переломов костей свода черепа у детей. *Переломы позвоночника в детском возрасте.* Особенности клиники травмы позвоночника в зависимости от травмируемого отдела, осложнения (сотрясение спинного мозга, ушиб, гематомиелия, сдавление). Диагностика травмы позвоночника у детей, методики дополнительного обследования. Расчет индекса клиновидности, компрессии. Методы лечения переломов позвоночника, выбор и обоснование консервативного и оперативного лечения. Реабилитация детей с травмами позвоночника. *Реабилитация детей с травматическими повреждениями костей.* Средние сроки консолидации переломов у детей различных возрастных групп, рентгенологические критерии консолидации.Средние сроки иммобилизации переломов различной локализации. Причины замедленной консолидации переломов, методы стимуляции остеогенеза. Последствия длительной иммобилизации сегментов. Методы профилактики и реабилитации (изотоническая гимнастика, своевременный перевод конечности в среднефизиологическое положение, активная и пассивная разработка движений, массаж, медикаментозная и физиотерапия). Реа-	Использовать принципы медицинской этики и деонтологии в работе с пациентом. Собрать анамнез и выявить факторы риска развития заболевания. Провести осмотр, выявить и оценить симптомы хирургических заболеваний: общие, локальные, симптомы раздражения брюшины. Выявлять симптомы хирургических заболеваний у детей раннего возраста. Назначить обследование согласно стандарту, обосновать выбор дополнительных методов исследования. Интерпретировать результаты лабораторного и инструментального обследования. Обосновать и поставить диагноз, сформулировав его в соответствии с общепринятой классификацией. Своевременно направить на консультацию к детскому хирургу.	Методами общего клинического обследования детей и подростков для выявления хирургических заболеваний и повреждений. Методикой исследования местного статуса - зоны клинического интереса для выявления хирургических заболеваний. Алгоритмом постановки клинического диагноза, назначения дополнительного обследования. Алгоритмом оценки тяжести состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной, инструментальной диагностики. Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям и

		билитация детей с металлоконструкциями. Психотерапевтические аспекты реабилитации детей со скелетной травмой. *Дисплазия тазобедренных суставов. Врожденный вывих бедра.* Современное определение дисплазии тазобедренных суставов. Клинические признаки у новорожденных и детей первого года жизни. Правила осмотра и изометрическое обследование детей. УЗИ диагностика. Принципы Graff. Ошибки при проведении УЗИ суставов. Роль рентгенометрического обследования в диагностике дисплазии и врожденного вывиха бедра. Принципы лечения и диспансеризации. *Врожденная мышечная кривошея.* Причины формирования кривошеи. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Врожденные аномалии шейного отдела позвоночника. Дисонтогенез шейных позвонков. Диагностика. Лечение. Диспансеризация. *Врожденная косолапость. Аномалии развития стоп.* Причины формирования косолапости. Антенатальная и постнатальная диагностика. Дифференциальная диагностика. Сроки начала консервативного лечения. Этапность консервативного лечения. Гипсовые повязки. Возрастные показания к оперативному лечению Роль реабилитации после оперативного лечения. *Аномалии развития и заболевания позвоночника у детей.* Сколиоз. Причины формирования нарушений осанки. Врожденный сколиоз. Диагностика. Дифференциальная диагностика аномалий позвоночника на фоне различных деформаций. Клинические симптомы. Правила осмотра детей при массовом скрининге. Алгоритм рентгенодиагностики. Консервативное лечение сколиозов.	Определить показания к госпитализации, выбрать ЛПУ, согласно маршрутизации пациентов хирургического профиля. Оказать первую врачебную помощь при кровотечении, шоке у детей. Создать правильное положение пациента при транспортировке.	подросткам при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Навыки как составляющие элементы конкретной компетенции (задача дисциплины)	Образовательные технологии, позволяющие владеть навыком	Средства и способ оценивания навыка
Обследование детей с целью установления диагноза Навыки: сбор жалоб и анамнеза, клиническое обследование детей с целью выявления хирургической патологии. Интерпретация результатов лабораторного, лучевого, инструментального методов исследования.	Отработка навыка на практических занятиях на пациенте и демонстрация при работе в отделении и приемном покое под контролем преподавателя	Обязательная демонстрация навыка в ходе текущей и промежуточной аттестации по дисциплине (зачет)
Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей. Коммуникативные навыки: объяснение причин хирургической патологии, меры предупреждения, своевременность обращения за медицинской помощью, соблюдение требований послеоперационного периода.	Отработка навыков при ежедневной курации пациентов. Демонстрация практического навыка на практических занятиях и при работе в отделении и приемном покое под контролем преподавателя	
Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации.	Отработка навыков ведения медицинской документации при ежедневной курации пациентов. Демонстрация практического навыка	

2. Аттестационные материалы

2.1. Перечень практических навыков:

- Провести профилактический осмотр новорожденного, грудного ребенка, детей от 1 года до 18 лет.
- Получить информацию (анамнез) и обследовать детей с острыми и хроническими хирургическими заболеваниями, с пороками развития, с травмами.
- Определить и назначить необходимый комплекс лабораторных, инструментальных и других методов исследования, интерпретировать полученные результаты.
- Обосновать и выполнить необходимый объем дополнительных исследований и консультаций специалистов для уточнения диагноза.
- Обобщить выявленный симптомокомплекс с группой заболеваний, объединенных по принципу ведущих клинических признаков, провести дифференциальную диагностику и установить предварительный и окончательный диагноз.
- Оценить тяжесть состояния больного, определить сроки и объем необходимой первой и неотложной помощи и оказать ее.
- Провести госпитализацию ребенка в приемном покое.
- Обосновать показания к экстренным и плановым операциям.
- Обосновать сроки хирургического лечения заболеваний, пороков развития, травматических повреждений, выбрать метод лечения.
- Составить план лечения ребенка с хирургической патологией, провести по показаниям необходимые функциональные исследования, оценить их и при необходимости провести их коррекцию.
- Назначить медикаментозную и немедикаментозную терапию.
- Определить группу крови и резус-принадлежность, провести пробы на совместимость, выполнить гемотрансфузию, плазмотрансфузию.

- Оценить течение ближайшего послеоперационного периода.
- Определить сроки госпитализации и показания к выписке ребенка.
- Определить показания, способ транспортировки (эвакуации) ребенка на специализированный этап оказания хирургической помощи
- Обосновать план мероприятий отдаленного послеоперационного периода. Определить сроки и виды реабилитации.
- Определить потребность в диспансеризации, составить комплексный план на год. Выполнить алгоритм длительного динамического (диспансерного) наблюдения ипоэтапно оценивать эффективность диспансеризации
- Вести медицинскую, учетную и отчетную документацию.
- Выписывать рецепты на лекарственные средства.
- Составить отчет о проведенной работе и провести анализ ее эффективности.

2.2. Тестовые задания

1. Основные симптомы сотрясения головного мозга (СГМ)

1. Головная боль, гемипарез, рвота
2. Головная боль, анизокория, головокружение
3. Головная боль, тошнота, однократная рвота
4. Головная боль, тошнота, оторинорея
5. Головная боль, тошнота, многократная рвота «кофейной гущей»

2. Наиболее частая локализация внутричерепных гематом:

1. Эпидуральная гематома
2. Субдуральная гематома
3. Внутримозговая гематома
4. Внутрижелудочковая гематома
5. Субарахноидальное кровоизлияние

3. Наиболее частая локализация компрессионных переломов позвоночника у детей:

1. Шейный отдел
2. Верхнегрудной отдел
3. Среднегрудной отдел
4. Нижнегрудной отдел
5. Поясничный отдел

4. Характерная клиника стабильного компрессионного перелома:

1. Апноэ, боль в спине, напряжение мышц спины
2. Апноэ, радикулярный синдром, локальный кифоз
3. Боль в спине, нарушение функции тазовых органов
4. Нарушение оси позвоночника, боль в спине
5. Ограничение подвижности позвоночника, повышение температуры тела

5. Симптом «заднего шага» характерен при:

1. Повреждении седалищного нерва
2. Переломе крыла подвздошной кости
3. Переломе передне-верхней ости подвздошной кости
4. Переломе передне-нижней ости подвздошной кости
5. Переломе бугристости седалищной кости

6. Наиболее частый способ фиксации перелома ключицы со смещением у детей дошкольного и школьного возраста:

1. Костыльно-гипсовая повязка
2. Восьмиобразная повязка

3. *Кольца Дельбе*
4. *Повязка Дезо*
5. *Металлоостеосинтез*

7. Какой из переломов не сопровождается гемартрозом локтевого сустава:
1. *Перелом блока плечевой кости*
2. *Чрезмыщелковый перелом плечевой кости*
3. *Эпифизеолиз головчатого возвышения*
4. *Надмыщелковый перелом плечевой кости*
5. *Перелом локтевого отростка*

8. Повреждение Монтеджиа - это:
1. *Перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости*
2. *Вывих костей предплечья и перелом внутреннего надмыщелка плечевой кости*
3. *Перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости*
4. *Перелом лучевой кости в нижней трети и перелом локтевой кости в верхней трети*
5. *Вывих головки локтевой кости и вывих головки лучевой кости*

9. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:
1. *В емкости, наполненной водой с температурой 36 градусов С и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента*
2. *В двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4 градуса С*
3. *Не имеет значения*
4. *При отрицательной температуре*
5. *При температуре 40 градусов С*

10. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
1. *Перелом основания черепа без повреждения мягких тканей*
2. *Перелом костей свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза*
3. *Перелом лобной кости и наличие раны теменной области*
4. *Перелом теменной кости и наличие раны в височной области*
5. *Ушиб мягких тканей головы*

11. Ведущим звеном болевого синдрома в начальной фазе острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей школьного возраста является:
1. *Бактериемия*
2. *Иммунодефицит*
3. *Сенсибилизация*
4. *Повышение внутрикостного давления*
5. *Генерализация инфекции*

12. Нормальная величина внутрикостного давления составляет:
1. *100 мм вод.ст.*
2. *200 мм вод.ст.*
3. *300 мм вод.ст.*
4. *400 мм вод ст.*
5. *500 мм вод.ст.*

13. Больная М., 10 лет, больна двое суток. Жалуется на постоянную боль в левой плечевой кости, боль при движении левой рукой. Активные движения в левой верхней конечности отсут-

ствуют. Температура тела 38 градусов С. Видимых признаков воспаления в левом плече нет. Предположительный диагноз:

1. *Повреждение плечевой кости*
2. *ОГО левой плечевой кости*
3. *Саркома Юинга левой плечевой кости*
4. *Грипп*
5. *Ревматизм*

14. Больная Н., 4 лет поступает с жалобами на боль в верхней трети правой бедренной кости, хромоту, лихорадку (Т тела 37,6 градусов С).Больна в течение месяца, получала лечение по поводу ревматоидного артрита правого тазобедренного сустава, включавшее противовоспалительные нестероидные препараты и антибиотики. На рентгенограммах правой бедренной кости – пятнистый остеопороз шейки кости. Выберите оптимальную тактику лечения:

1. *Остеоперфорация шейки правой бедренной кости*
2. *Секвестрнекрэктомия шейки правой бедренной кости*
3. *Клеоловое вытяжение по Шеде*
4. *Консервативное лечение (антибиотики, иммуномодуляторы, вазоактивная терапия)*
5. *Интрамедуллярный остеосинтез*

15. Больная У., 2 лет, поступает в стационар с жалобами на значительное увеличение правого бедра в нижней трети. Из анамнеза известно, что девочка щадит правую ногу, при ходьбе прихрамывает в течение 6 мес. Анемия. На рентгенограммах правой бедренной кости в области дистального метаэпифиза обнаружен дефект костной ткани округлой формы с не четкими контурами типа «тающего сахара». Предположительный диагноз:

1. *ОГО дистального метаэпифиза правой бедренной кости*
2. *Ревматоидный артрит правого коленного сустава*
3. *Остеогенная саркома правой бедренной кости*
4. *Туберкулезный остит дистального метаэпифиза правой бедренной кости*
5. *Остеобластокластома правой бедренной кости*

16. Больной К. , 14 лет, обратился с жалобами на боль в правой голени, гиперемию кожи, наличие свища с гнойным отделяемым. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент лечился поп поводу ОГО правой большеберцовой кости. При обращении выполнена рентгенография костей голени, выявлен диффузный пятнистый остеопороз в диафизе кости, линейный периостит. Выберите тактику лечения:

1. *Секвестрнекрэктомия правой большеберцовой кости*
2. *Консервативное лечение*
3. *Вскрытие, дренирование гнойного очага мягких тканей*
4. *Фиксация гипсовой лонгетой голени без оперативного лечения*
5. *Пункционное лечение*

17. Больной З., 12 лет, поступил в клинику с жалобами на боль, деформацию левой голени. Из анамнеза известно, что 6 мес. назад получал лечение по поводу ОГО левой большеберцовой кости. При поступлении выполнена рентгенография левой голени. Обнаружен очаг деструкции и линия перелома. Выберите тактику лечения:

1. *Интрамедуллярный остеосинтез*
2. *Консервативное лечение*
3. *Наложение компрессионно-дистракционного аппарата на левую голень*
4. *Скелетное вытяжение*
5. *Гипсовая повязка*

18. Больной, перенесший ОГО бедренной кости, должен ходить, опираясь на костыли:

1. *1 мес.*

2. *3 мес.*
3. *4 мес.*
4. *До полной репарации кости, выявляемой рентгенологически*
5. *2 недели*

19. Непроходимость кишечника, возникающая при ущемленной внутренней грыже, является:
1. *Спастической*
2. *Смешанной*
3. *Спаечной*
4. *Странгуляционной*
5. *Паретической*

20. Какие признаки механической непроходимости кишечника можно выявить при обзорной рентгенографии органов брюшной полости:
1. *Симптом «серпа»*
2. *Трехслойное окрашивание кишечных петель, чаши Клойбера*
3. *Наличие округлой тени в просвете кишечника, симптом «двузубца»*
4. *Обеднение газом дистальных отделов кишечника, чаши Клойбера*
5. *Перерастяжение петель кишечника газом*

21. У больного после операции по поводу аппендикулярного перитонита на 3 сутки усилились боли в животе, появилось вздутие живота, многократная рвота, на обзорной рентгенограмме выявлены чаши Клойбера. Определите характер возникших осложнений:
1. *Абсцедирующий оментит*
2. *Продолженный перитонит*
3. *Отсроченная ранняя спаечная непроходимость кишечника*
4. *Ранняя спаечно-паретическая непроходимость кишечника*
5. *Странгуляционная непроходимость*

22. Ребенок П., 4 мес., болен более 2 суток. Во время операции выявлена сложная подвздошно-ободочная инвагинация кишечника. Брюшина гиперемирована, в брюшной полости мутный выпот. После дезинвагинации выявлено, что терминальный отдел подвздошной кишки серого цвета, серозный покров этого отдела кишки - тусклый. Выберите тактику:
1. *Ушивание брюшной полости наглухо*
2. *Резекция терминального отдела подвздошной кишки с наложением двойной илеостомы*
3. *Резекция терминального отдела подвздошной кишки, наложение анастомоза «конец в конец»*
4. *Колостомия по Гирдаладзе*
5. *Лапаростомия*

23. Родители ребенка 7 мес. жалуются на приступообразное беспокойство, многократную рвоту содержимым желудка в течение 8 часов. При осмотре состояние ребенка тяжелое, вялый. Кожа бледная. Живот не вздут, мягкий, в правом подреберье пальпируется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, четкими контурами. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста. Предположительный диагноз:
1. *Опухоль кишечника*
2. *Инвагинация кишечника*
3. *Инфекционный колит*
4. *Острый отит*
5. *Периаппендикулярный абсцесс*

24. У ребенка 13 лет в области шеи имеется воспалительный инфильтрат диаметром 1 см с участками некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Субфебрилитет. Клиническая картина характерна для:
1. *Фурункула*
2. *Карбункула*
3. *Флегмоны*
4. *Сепсиса*
5. *Псевдофурункулеза*

25. На патогенез хирургического сепсиса влияет:
1. *Доза, вид, вирулентность микробов*
2. *Состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений)*
3. *Неспецифическая реактивность организма*
4. *Специфическая реактивность организма*
5. *Все выше перечисленное*

26. О развитии шока у септического больного свидетельствует:
1. *Внезапное ухудшение состояния больного*
2. *Резкое снижение диуреза*
3. *Нарушение микроциркуляции*
4. *Появление одышки, гипервентиляции, дыхательного алкалоза, гипоксемии*
5. *Все выше перечисленное*

27. У ребенка, рожденного доношенным, с массой тела 3010 г, длиной 49 см, с оценкой по Апгар 6/7 баллов, постепенно нарастает дыхательная недостаточность, одышка. Цианоз в течение нескольких часов становится разлитым. Средостение смещено вправо, живот втянут. Левая половина грудной клетки вздута, отстает в акте дыхания, дыхательные шумы над этой половиной не выслушиваются. Предположительный диагноз:
1. *Врожденная аплазия левого легкого*
2. *Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа*
3. *Синдром Пьера-Робина*
4. *Врожденная лобарная эмфизема*
5. *Болезнь гиалиновых мембран*

28. Ребенку с атрезией пищевода для уточнения диагноза необходимо провести следующие мероприятия, кроме:
1. *Рентгеноконтрастное обследование пищевода*
2. *Зондирование пищевода*
3. *Обзорная рентгенография органов грудной полости*
4. *Проба Элефанта*
5. *Обзорная рентгенография с контрастным зондом*

29. У ребенка с первых суток жизни появилась рвота желчью, а затем – застойным содержимым желудка в объеме, превышающем объем желудка. Меконий не отходил. Из прямой кишки выделялись «пробки»серого цвета. При осмотре обращают внимание признаки эксикоза. Живот асимметричен за счет вздутия эпигастральной области. Предположительный диагноз:
1. *Врожденная высокая кишечная непроходимость*
2. *Болезнь Гиршпрунга*
3. *Динамическая паретическая непроходимость кишечника*
4. *Кистофиброз поджелудочной железы*
5. *Нарушение ротации «средней» кишки*

30. У новорожденного ребенка на 4 сутки жизни внезапно ухудшилось состояние: появились приступообразное беспокойство, рвота с примесью желчи. После однократного переходного стула у ребенка выделялась слизь с кровью из прямой кишки. На обзорной рентгенограмме определяются несколько уровней жидкости, в нижних отделах – затенение. Предположительный диагноз:

1. *Инвагинация кишечника*
2. *Кровоточащая язва дивертикула Меккеля*
3. *Удвоение пищеварительной трубки*
4. *Заворот «средней» кишки.*
5. *Мекониевый илеус*

31. Выберите метаболические нарушения, наиболее характерные для пилоростеноза:

1. *Метаболический ацидоз, гиперкалиемия, анемия*
2. *Метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипохлоремия*
3. *Нормальный кислотно-основной баланс, умеренная гипокалиемия*
4. *Метаболический ацидоз, гипонатриемия*
5. *Гиперпротеинемия*

32. При пилоромиотомии выявлено, что повреждена слизистая оболочка желудка. Необходимо:

1. *Произвести пилоропластику по Микуличу*
2. *Ушить слизистую, а затем ушить брюшную полость наглухо*
3. *Ушить рану слизистой и серозно-мышечный слой и произвести повторную пилоромиотомию на другом участке*
4. *Ушить рану слизистой и серозно-мышечный слой, дренировать брюшную полость*
5. *Произвести резекцию желудка*

33. Выберите метод лечения атрезии подвздошной кишки:

1. *Анастомоз «конец в конец»*
2. *Анастомоз «бок в бок»*
3. *У- образный анастомоз*
4. *Двойная илеостомия*
5. *Концевая илеостомия*

34. У новорожденного выявлена сублеваторная форма атрезии прямой кишки. Выберите метод оперативного лечения:

1. *Колостомия на восходящий отдел толстой кишки по Гирдаладзе*
2. *Сигмостомия по Майдлю*
3. *Промежностная проктопластика*
4. *Брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди*
5. *Брюшно-промежностная проктопластика по Ребейну*

35. У новорожденного ребенка выявлен порок развития - спинно-мозговая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника, оболочки грыжевого мешка истончены. Выберите метод лечения:

1. *Экстренное грыжесечение по Байеру*
2. *Оперативное лечение в этом возрасте противопоказано. Наблюдение.*
3. *Предоперационная подготовка. Грыжесечение по Байеру, люмбо-перитонеальное шунтирование.*
4. *Грыжесечение, пластика по Семенову*
5. *Предоперационная подготовка, грыжесечение по Байеру*

36. Выберите сроки лечения у новорожденного ребенка с кефалогематомой теменной области:

1. *1 - 2 сут.*

2. *3 - 4 сут.*
3. *6 - 12 сут.*
4. *13 - 16 сут.*
5. *17 - 25 сут.*

37. У новорожденного выявлен перелом бедренной кости в с/3 со смещением. Ваша тактика (в хирургическом стационаре):
1. Обезболить. Фиксировать гипсовой лонгетой
2. Обезболить. Фиксировать шиной-распоркой
3. Обезболить. Наложить клеоловое вытяжение по Шеде
4. Обезболить. Наложить скелетное вытяжение
5. Обезболить. Фиксировать мягкими повязками к туловищу

38. У новорожденного ребенка имеется перелом плечевой кости со смещением. Ваша тактика(в хирургическом стационаре):
1. *Обезболить. Фиксировать гипсовой лонгетой.*
2. *Обезболить. Фиксировать шиной.*
3. *Обезболить. Наложить клеоловое вытяжение по Шеде*
4. *Обезболить. Наложить скелетное вытяжение*
5. *Обезболить, фиксировать мягкими повязками к туловищу*

39. У новорожденного ребенка выявлено грыжевое выпячивание в области пупочного канатика размером 3 х 4 см. овальной формы. Через оболочки просвечивают петли кишечника. Выберите метод лечения:
1. *Экстренное грыжесечение, пластика передней брюшной стенки*
2. *Консервативное лечение*
3. *Предоперационная подготовка, дополнительные исследования, оперативное лечение в плановом порядке.*
4. *Оперативное лечение в возрасте 1 мес.*
5. *Наблюдение, оперативное лечение при условии разрыва оболочек*

40. Ребенок с гастрошизисом доставлен в хирургический стационар в возрасте 20 часов жизни. У матери во время беременности выявлен хламидиоз, уреаплазмоз. Ребенок родился с массой тела 2400 г. Вероятные осложнения:
1. *Серозный перитонит*
2. *Фибринозно-гнойный перитонит*
3. *Перфорация кишечника*
4. *Кишечное кровотечение*
5. *Странгуляционная непроходимость*

41. Какой из перечисленных вариантов операции является оптимальным при аберрантном сосуде, вызывающем гидронефроз:
1. *Перевязка сосуда*
2. *Резекция нижнего полюса почки*
3. *Транспозиция аберрантного сосуда*
4. *Антевазальная пиелоуретеростомия*
5. *Лоскутная пластика*

42. У ребенка с травмой живота во время лапаротомии обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включали:
1. *Спленэктомию*
2. *Попытку ушивания дефекта*
3. *Перевязку селезеночной артерии*

4. *Дренирование брюшной полости без манипуляций на селезенке*
5. *Спленэктомию с аутотрансплантацией ткани селезенки*

43. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Рациональные действия хирурга включают:
1. *Спленэктомию*
2. *Попытку ушивания дефекта*
3. *Перевязку селезеночной артерии*
4. *Дренирование брюшной полости без манипуляций на селезенке*
5. *Спленэктомию с аутотрансплантацией ткани селезенки*

44. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно с:
1. *Ультрасонографии*
2. *Рентгенографии брюшной полости*
3. *Лапароскопии*
4. *Лапароцентеза*
5. *Экскреторной урографии*

45. Червеобразный отросток – это:
1. *Рудимент*
2. *Функциональный орган иммунной системы*
3. *Аномалия развития*
4. *Аномалия ротации «средней» кишки*
5. *Часть толстой кишки*

46. Причина возникновения острого аппендицита:
1. *Повышение давления в просвете кишечника*
2. *Ангионевротические расстройства*
3. *Нарушение иммунного статуса организма*
4. *Особенности пищевого рациона*
5. *Комбинация вышеперечисленных факторов*

47. При подозрении на аппендицит ректальное исследование:
1. *Обязательно у всех*
2. *Не обязательно*
3. *Обязательно только у детей младшего возраста*
4. *Только у девочек*
5. *В зависимости от клиники*

48. Симптом Ситковского при остром аппендицит – это:
1. *Усиление болей в положении лежа на левом боку*
2. *Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного*
3. *Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки*
4. *Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области*
5. *Болезненность при пальпации треугольника ПТИ*

49. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезаденита. В этом случае необходимо:
1. *Наблюдение*
2. *Срочное оперативное лечение*
3. *Лапароскопия*
4. *Назначение антибактериальной терапии и спазмолитиков*
5. *Перевод больного в соматический стационар*

50. Какое из перечисленных заболеваний, сопровождающихся почечной коликой, симулирует острый аппендицит:
1. *Опухоль правой почки*
2. *Мочекаменная болезнь*
3. *Нефроптоз*
4. *Острый пиелонефрит*
5. *Любое из перечисленных*

51. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:
1. *Локальная боль и рвота*
2. *Рвота и напряжение мышц передней брюшной стенки*
3. *Напряжение мышц правой подвздошной области и симптом Филатова*
4. *Симптом Щеткина и рвота*
5. *Жидкий стул и рвота*

52. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный. Около отростка небольшие фибринозные наложения. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
1. *Одномоментное введение антибиотиков в послеоперационном периоде*
2. *Резиновый выпускник к ложу отростка*
3. *Марлевый тампон*
4. *Промывание брюшной полости*
5. *Тампон Микулича*

53. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
1. *Одномоментное введение антибиотиков в брюшную полость*
2. *Резиновый выпускник*
3. *Марлевый тампон*
4. *Промывание брюшной полости*
5. *Тампон Микулича*

54. У ребенка диагностирован аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:
1. *Наблюдение в стационаре*
2. *Амбулаторное наблюдение*
3. *Антибактериальная и физиотерапия*
4. *Срочная лапаротомия*
5. *Экстренная лапароскопия*

55. Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:
1. *По установлении диагноза*
2. *6 мес.*
3. *1-3 года*
4. *старше 6 лет*

5. *10 лет*

56. Наиболее характерный признак кисты семенного канатика:
1. *Отечность в паховой области*
2. *Гиперемия в паховой области*
3. *Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко*
4. *Отсутствие яичка в мошонке*
5. *Расширение наружного пахового кольца*

57. Наиболее характерный симптом бедренной грыжи у детей:
1. *Боли в паховой области*
2. *Тошнота и рвота*
3. *Хронические запоры*
4. *Эластическое выпячивание ниже пупартовой связки*
5. *Эластическое выпячивание в паховой области*

58. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:
1. *Возраст ребенка до 1 года*
2. *Частое ущемление*
3. *Установление диагноза*
4. *Возраст до 2 лет*
5. *Возраст после 5 лет*

59. Лечение больного 2 лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:
1. *Наблюдение в динамике*
2. *Пункцию оболочек с эвакуацией жидкости*
3. *Повторные пункции с введением гидрокортизона*
4. *Оперативное лечение в плановом порядке*
5. *Гормонотерапию*

60. При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано:
1. *Дренирование полости мошонки*
2. *Обработка вагинального отростка брюшины у основания, перевязка и его пересечение*
3. *Дренирование полости мошонки после перевязки вагинального отростка*
4. *Обработка вагинального отростка брюшины и операция Винкельмана*
5. *Операция Винкельмана*

61. У мальчика 7 лет обнаружена внезапно возникшая водянка оболочек яичка, при вскрытии оболочек на операции получен мутный выпот. Ему следует выполнить:
1. *Операцию Винкельмана*
2. *Операцию Винкельмана, посев водяночной жидкости*
3. *Операцию Винкельмана и биопсию оболочек*
4. *Операцию Росса*
5. *Дренирование оболочек яичка*

62. Наиболее частая локализация Острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП):
1. *Верхняя доля правого легкого*
2. *Нижняя доля правого легкого*
3. *Верхняя доля левого легкого*
4. *Нижняя доля правого легкого*
5. *Язычковые сегменты*

63. Показанием к дренированию плевральной полости по Бюлау является:

1. *Абсцесс легкого*
2. *Плащевидный плеврит*
3. *Напряженный пневмоторакс*
4. *Лобит*
5. *Парциальный пневмоторакс*

64. Какая из форм ОГДП подлежит консервативному лечению:
1. *Напряженный пневмоторакс*
2. *Напряженный пиоторакс*
3. *Неосложненная буллезная форма*
4. *Отграниченный пиопневмоторакс*
5. *Напряженный пиопневмоторакс*

65. Показанием к бронхоскопической поисковой окклюзии бронха является:
1. *Хроническая эмпиема плевры*
2. *Длительно функционирующий бронхо-плевралльный свищ*
3. *Пневмоторакс*
4. *Пиоторакс*
5. *Абсцесс легкого*

66. Назовите метод лечения абсцесса легкого, сообщающегося с бронхом:
1. *Пункция абсцесса*
2. *Резекция легкого*
3. *Санационная бронхоскопия*
4. *Дренирование плевральной полости*
5. *Внутриплевральное подведение антибиотиков*

67. У ребенка с ОГДП на рентгенограммах органов грудной клетки отмечается коллапс легкого на ½, смещение органов средостения в противоположную сторону, горизонтальный уровень жидкости слева. Поставьте диагноз:
1. *Экссудативный плеврит*
2. *Напряженный пиопневмоторакс*
3. *Напряженный пневмоторакс*
4. *Инородное тело дыхательных путей*
5. *Абсцесс легкого*

68. Назовите правильный метод лечения при напряженной булле легкого:
1. *Бронхоскопия*
2. *Дренирование буллы*
3. *Резекция легкого*
4. *Дренирование плевральной полости*
5. *Плевральная пункция*

69. У больного после факта аспирации – выраженная дыхательная недостаточность. Выслушивается симптом «хлопка», определите локализацию инородного тела:
1. *Главный бронх*
2. *Трахея*
3. *Сегментарный бронх*
4. *Долевой бронх*
5. *Пищевод*

70. Больной поступил в стационар после отравления уксусной эссенцией. Назовите сроки проведения ФГС:

1. *1-2 сут.*
2. *2-3 сут.*
3. *4-5 сут.*
4. *5-6 сут*
5. *10 сут.*

71. В какие сроки после ожога пищевода Ш степени начинается рубцевание его просвета:
1. *В течение 1-ой недели*
2. *Через 3-4 недели*
3. *Через 4-6 мес.*
4. *Через 1 год*
5. *Через 2-3 года*

72. Что необходимо проводить при отсутствии самостоятельного дыхания в отсроченную фазу легочно-сердечной реанимации:
1. *Ввести бемегид*
2. *Наложить трахеостому*
3. *Снизить концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе до 40%.*
4. *ИВЛ продолжить любым способом*
5. *Ввести цититон*

73. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется следующими признаками, за исключением:
1. *Продолжительностью периода умирания*
2. *Глубиной перенесенной гипоксии*
3. *Функцией внешнего дыхания пострадавшего*
4. *Продолжительностью клинической смерти*
5. *Характером основной патологии*

74. Какая форма нарушения метаболизма чаще встречается в раннем послереанимационном периоде у детей:
1. *Метаболический алкалоз*
2. *Метаболический ацидоз*
3. *Респираторный ацидоз*
4. *Респираторный алкалоз*
5. *Дегитратация организма*

75. Какой показатель наиболее важен в раннем постреанимационном периоде в оценке системного кровотока и функции почек:
1. *ЦВД*
2. *Содержание кортикостероидов плазмы*
3. *КЩС*
4. *Электролиты плазмы крови*
5. *Почасовой диурез*

76. Какова основная особенность общей анестезии при ургентной операции у детей на фоне нарушений бронхиальной проходимости:
1. *Постоянное отсасывание содержимого из трахео-бронхиального дерева*
2. *Введение эуфиллина в премедикации*
3. *Увеличение дозы атропина в премедикации*
4. *Дополнительное введение антигистаминных*
5. *Постуральный дренаж после премедикации*

77. Что не относится к основным принципам подготовки детей к неотложной операции:
1. *Обезболивание*
2. *Ликвидация белкового голодания*
3. *Восстановление микроциркуляции*
4. *Коррекция циркулирующего белка*
5. *Коррекция водно-электролитных сдвигов*

78. Больному предстоит экстренная операция по поводу проникающего ранения легкого с развитием гемопневмоторакса. Что следует делать?:
1. *Ввести аналгетики*
2. *Срочную пункцию плевральной полости*
3. *Наложить дренаж по Бюлау*
4. *Интубировать и проводить ИВЛ*
5. *Ликвидировать гемопневмоторакс и начинать операцию.*

79. Что является объективным критерием для перевода ребенка на ИВЛ:
1. *Частота дыхания*
2. *Цвет кожи*
3. *Характер одышки*
4. *Показатели газов крови*
5. *ЧСС*

80. Для гипокалиемии у детей характерны следующие признаки, за исключением:
1. *Угнетение перистальтики кишечника*
2. *Общая слабость*
3. *Брадикардия*
4. *Экстрасистолия*
5. *Низкий вольтаж на ЭКГ*

81. Каким из указанных растворов не достигается эффект восполнения энергетических потерь при парентеральном питании:
1. *Этиловый спирт*
2. *Альбумин*
3. *Глюкоза*
4. *Жировые эмульсии*
5. *Аминокислотные смеси*

82. Криотерапия при лечении гемангиом показана при:
1. *Глубоких кавернозных*
2. *Поверхностных капиллярных на лице*
3. *Обширных на передней брюшной стенке*
4. *Гемангиомах внутренних органов*
5. *Гемлимфангиомах*

83. При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность:
1. *Кровотечений*
2. *Воспаления*
3. *Сдавления трахеи*
4. *Озлокачествления*
5. *Нагноения*

84. При операции по поводу дермоидных кист производят:
1. *Пункцию кисты*

2. *Иссечение кисты в пределах здоровых тканей*
3. *Удаление регионарных лимфоузлов*
4. *Фистулографию*
5. *Удаляют только содержимое кисты*

85. К нейрогенным опухолям относятся:
1. *Болезнь Бехтерева*
2. *Болезнь Реклингаузена*
3. *Болезнь Борнхольма*
4. *Болезнь Леша-Найхана*
5. *Болезнь Верднига*

86. Тератомы наиболее часто локализуются
1. *В яичниках*
2. *В средостении*
3. *В грудной полости*
4. *В крестцово-копчиковой зоне*
5. *В головном мозге*

87. Оптимальный срок оперативного лечения при врожденной косолапости:
1. *В периоде новорожденности*
2. *В 6 мес.*
3. *9-12 мес.*
4. *При проявлении натоптышей в области голеностопного сустава*
5. *В 3 года*

88. Оптимальная методика оперативного лечения врожденной косолапости разработана:
1. *Зацепиным*
2. *Волковичем и Дьяконовым*
3. *Люрксом*
4. *Финком и Эттингеном*
5. *Лоренцом*

89. Понятие «люмбализация» означает:
1. *Увеличение числа поясничных позвонков за счет 1 крестцового*
2. *Сращение нескольких поясничных позвонков*
3. *Добавочный клиновидный позвонок*
4. *Увеличение числа поясничных позвонков за счет 12 грудного*
5. *Расщепление тела одного из поясничных позвонков*

90. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости включает:
1. *Отведение, супинация ,подошвенное сгибание*
2. *Приведение, супинация подошвенное сгибание*
3. *Приведение, пронация, тыльное сгибание*
4. *Отведение, пронация, подошвенное сгибание. Приведение, пронация .Подошвенное сгибание*

91. По схеме Хильгенрейнера показатели ацетабулярного угла, h , d – в норме следующие:
1. *a < 30 град. , h > 1 см, d < 1 см*
2. *a < 30 град. , h < 1 см, d > 1 см*
3. *a > 30 град. , h > 1 см, d < 1 см*
4. *a < 20 град. , h < 1 см, d > 1 см*
5. *a > 20 град. , h < 1 см, d > 1 см*

92. У ребенка с атрезией пищевода между сегментами имеется диастаз 1,5 см. Выберите метод оперативного лечения:
1. Прямой анастомоз по Хайатту
2. Двойная эзофагостомия по Баирову
3. Гастростомия по Кадеру
4. Шейная эзофагостомия
5. Эзофаго-гастростомия

93. Все перечисленные заболевания приходится дифференцировать с пилоростенозом, кроме:
1. Врожденный «короткий» пищевод
2. Пилороспазм
3. Адреногенитальный синдром
4. Халазия кардии
5. Атрезия 12-перстной кишки

94. Наиболее частая локализация внутричерепных гематом:
1. Эпидуральная гематома
2. Субдуральная гематома
3. Внутримозговая гематома
4. Внутрижелудочковая гематома
5. Субарахноидальное кровоизлияние

95. Наиболее частая локализация компрессионных переломов позвоночника у детей:
1. Шейный отдел
6. Верхнегрудной отдел
7. Среднегрудной отдел
8. Нижнегрудной отдел
9. *Поясничный отдел*

96. Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:
1. По установлении диагноза
2. 6 мес.
3. 1-3 года
4. старше 6 лет
5. 10 лет

97. Наиболее характерный признак кисты семенного канатика:
1. Отечность в паховой области
2. Гиперемия в паховой области
3. Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
4. Отсутствие яичка в мошонке
5. Расширение наружного пахового кольца

98. Наиболее частая локализация Острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП):
1. Верхняя доля правого легкого
2. Нижняя доля правого легкого
3. Верхняя доля левого легкого
4. Нижняя доля правого легкого
5. Язычковые сегменты

99. Показанием к дренированию плевральной полости по Бюлау является:
1. Абсцесс легкого

2. *Плащевидный плеврит*
3. *Напряженный пневмоторакс*
4. *Лобит*
5. *Парциальный пневмоторакс*

100. Какая из форм ОГДП подлежит консервативному лечению:
1. *Напряженный пневмоторакс*
2. *Напряженный пиоторакс*
3. *Неосложненная буллезная форма*
4. *Отграниченный пиопневмоторакс*
5. *Напряженный пиопневмоторакс*

2.3. Ситуационные задачи

Ситуационная задача №1

Мальчик С., 5 лет, обратился в приемный покой с жалобами на наличие отека и гиперемии ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти, ощущение пульсации, подъем температуры до 38,4°С. Болен в течении 7 дней, когда после подстригания ногтей появилась болезненность и гиперемия ногтевой фаланги, которые наросли. С 4 суток с момента заболевания отек и болезненность значительно увеличились, появилось ощущение пульсации, гиперемия, подъем температуры до фебрильных цифр, болезненность при движениях. Применение анальгетиков и антипиретиков дает непродолжительный эффект.

Состояние больного средней тяжести, активен. Кожа, слизистые влажные, бледно-розовые. Дыхание проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=96 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Диурез достаточный. Стул был.

Местный статус: ногтевая фаланга 2 пальца правой кисти значительно отечна, гиперемирована, при пальпации отмечается резкая болезненность, активные и пассивные движения пальцем также резко болезненны. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены до 3 см, умеренно болезненны.

В ОАК: эритроциты-$4,3\times10^{12}$, гемоглобин-136г/л, лейкоциты-$13,9\times10^{9}$/л, э-1%, б-0%, п/я-9%, с/я-58%, л-27%, м-5%,СОЭ-29 мм/ч.

ОАМ: светло-желтая, относительная плотность-1020, белок, сахар- не обнаружены, лейкоциты-единичные.

На рентгенограмме: контуры кости ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти смазаны, отмечается порозность костной ткани, отдельно лежащий костный фрагмент. Мягкие ткани ногтевой фаланги инфильтрированы.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Обосновать тактику и объем неотложной помощи.
3. Назначения (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения

Ситуационная задача №2

В приемное отделение многопрофильной больницы доставлен мальчик 4,5 лет с ожоговой травмой.

Из анамнеза выяснено, что пострадавший 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кастрюлю с кипятком.

От II беременности. I срочных, нормальных родов. Родился с массой 3200. Растет и развивается соответственно возрасту. Переболел коревой краснухой. Привит по возрасту.

При поступлении состояние тяжелое. Отмечается выраженное возбуждение. В сознании. Ожоговая поверхность в виде гиперемии с наличием пузырей заполненных серозной жидкостью располагается на передней поверхности живота, бедер, голеней. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания - 40. Аускультативно - в легких жесткое дыхание, единичные влажные и сухие хрипы. Пульс 140 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Серд-

це - тоны чистые, ритмичные. АД 100/65. Живот - мягкий. Стула не было. При катетеризации мочевого пузыря получено 30 мл мочи.

ОАК: RBC 4,8.10^{12}/L, HGB - 132 g/L, HCT - 47%, WBC 14.10^{9}/L.

ОАМ: цвет желтый, удельная плотность 1030, реакция кислая, лейкоциты - 13-14 в п/зр., эритроциты 10-15 в п/зр., измененные.

Биохимические исследования: TP - 80 g/L, GLU - 4,8 mmol/L, TBIL - 12 ummol/L, UREA - 2,8 mmol/L.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.
5. Укажите функции лечащих врачей при решении вопросов экспертизы временной нетрудоспособности. Каков общий порядок освобождения от работы по уходу за больным ребенком в возрасте до 7 лет?

Ситуационная задача №3

У мальчика в возрасте 3 лет внезапно ухудшилось самочувствие, стал вялым, капризным, не играл в игрушки. Вечером отмечался подъем температуры до 38,5^{0}. Ночью спал плохо, часто просыпался. Утром появилась обильная многократная рвота "кофейной гущей", а затем сгустками крови.

В порядке неотложной помощи доставлен в стационар, где проведено комплексное интенсивное лечение, включающее гемостатическую терапию и восстановление ОЦК. Кровотечение остановлено, ребенок переведен в плановое хирургическое отделение.

От III беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита и ОРВИ в последнем триместре беременности, сопровождавшаяся подъемом температуры до 38^{0}.

Родился с массой тела 3100,0. В течение 1-ого месяца отмечалось длительное мокнутие пупка, получал лечение по поводу катарального омфалита. На первом году жизни переболел кишечной инфекцией (коли-энтерит). Часто болеет ОРВИ. Гемотрансфузии не проводились. Аллергических реакций нет.

Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная, сухая. Язык обложен белым налетом. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Костно-мышечная система без особенностей. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Нижняя апертура расширена. ЧД 24 в 1'. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, чистые. Ритм правильный, ЧСС 110 уд. в 1'. Живот овальной формы. На передней брюшной стенке отмечается расширение венозной сети. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Границы печени по Курлову 12 х 9 х 7,5 см. Границы селезенки 9 х 8 см. Селезенка умеренно болезненна при пальпации.

ОАК: RBC - 2,5 х 10^{12}/L, HGB - 80 g/L, WBC- 4,6 х 10^{9}/L, EOS-2, BAND- 4, NEU- 45, LYM- 46, MONO 3, СОЭ 16 мм/час.

ОАМ: количество - 120 мл, относительная плотность - 1018, цвет – соломенно-желтый, реакция - кислая, сахар, белок, ацетон - отр., эпителий - 2-4 в п/з, лейкоцит. - 3-5 в п/з, эритроцит. - 1-2 в п/з.

Биохимический анализ крови: GLU 4 mmol/L, TP 67 g/L, TBIL 12 mmol/L, CREA - 56 ummol/L.

ФГС: Заключение: Варикозное расширение вен нижней трети пищевода второй степени.

RRS: Заключение: Варикоз вен геморроидального сплетения.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.

2.4. Вопросы для подготовки к зачету

1. Классификация острого аппендицита. Основные патологоанатомические признаки деструктивных форм.
2. Особенности клиники тазового аппендицита. Дифференциальная диагностика
3. Дифференциальная диагностика ретроцекального аппендицита
4. Особенности клиники медиального аппендицита. Дифференциальная диагностика
5. Показания к экстренной лапароскопии в детской хирургии. Информативность, последующая тактика.
6. Особенности клиники и диагностики острого аппендицита у детей до 3-х лет.
7. Классификация приобретенной кишечной непроходимости, в т.ч. инвагинации кишечника.
8. Консервативная дезинвагинация кишечника. Показания, методика проведения, критерии эффективности, дальнейшая тактика.
9. Комплекс мероприятий при ранней спаечной непроходимости кишечника.
10. Способы консервативного и оперативного гемостаза при кровотечениях из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
11. Источники, клиника, диагностика кровотечений при синдроме портальной гипертензии. Методы лечения.
12. Желудочно-кишечные кровотечения, причины, клинико-инструментальные методы установления уровня кровотечения. Общая и местная гемостатическая терапия.
13. Ведение послеоперационного периода при неосложненном деструктивном аппендиците. Профилактика осложнений.
14. Показания к оперативному и консервативному лечению при травматических повреждениях паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
15. Внутрибрюшное кровотечение. Причины, клиника, способы диагностики и лечения.
16. Дифференциальная диагностика, хирургическая тактика при ущемленной паховой грыже у детей.
17. Классификация острого гематогенного остеомиелита.
18. Принципы антибактериальной терапии в гнойной хирургии.
19. Клиника, диагностика и лечение местной формы острого гематогенного остеомиелита.
20. Эпиметафизарный остеомиелит. Особенности течения и лечения
21. Интенсивная терапия послеоперационного периода септикопиемической формы острого гематогенного остеомиелита.
22. Классификация аппендикулярного перитонита. Различие понятий: послеоперационный и продолженный перитонит.
23. Место, время, принципы предоперационной подготовки при перитоните.
24. Классификация панарициев и флегмон кисти.
25. Причины костного панариция. Диагностика, лечение.
26. Хронический колостаз у детей. Классификация. Современные методы диагностики.
27. Дифференциальная диагностика кист печени и селезенки. Современный подход в лечении.
28. Показания к оперативному лечению желчнокаменной болезни у детей.
29. Показания к консервативному и оперативному лечению при пупочной грыже
30. Этиология, клиника паховых и пахово-мошоночных грыж у детей. Возрастные показания и способы оперативного лечения.
31. Гемангиомы. Классификация, тактика, методы лечения.
32. Методы обследования урологического больного.
33. Классификация аномалий почек.
34. Современные представления о фимозе у ребенка, показания к оперативному лечению.

35. Водянка оболочек яичка. Классификация. Тактика при различных формах, возрастные показания к оперативному лечению.

36. Классификация крипторхизма. Показания к консервативному и оперативному лечению

37. Принципы лечения острого гнойного баланопостита

38. Классификация варикоцеле. Показания, способы оперативного лечения.

39. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Классификация. Методы диагностики и лечения.

40. Обструктивный гидронефроз. Клиника, диагностика, лечение.

41. Причины гидронефроза у детей. Органосохраняющие оперативные вмешательства.

42.Методы лечения в травматологии детского возраста.

43.Основные принципы борьбы с ожоговым шоком.

44.Классификация черепно-мозговой травмы.

45.Вдавленный перелом костей свода черепа. Клиника, диагностика, полный клинический диагноз, выбор метода лечения.

46.Лечение сотрясения головного мозга.

47.Неотложная помощь на догоспитальном этапе при переломе костей голени.

48.Выбор метода лечения при переломах костей предплечья.

49. Переломы позвоночника. Этапы лечения при компрессионных переломах позвоночника

50.Методы лечения переломов плечевой кости различной локализации.

51.Диагностика и методы лечения переломов бедренной кости у детей.

52.Классификация термической травмы

53.Методы лечения ожогов у детей в зависимости от степени и распространенности повреждения.

54.Этапное лечение врожденной косолапости.

55. Сколиоз у детей. Этиология, методы диагностики и лечения на амбулаторном этапе

56.Синдактилия, полидактилия. Классификация, диагностика, показания к оперативному лечению.

57.Врожденная мышечная кривошея. Обоснование клинического диагноза.

58.Диагностика и лечение болезни Осгуд-Шляттера.

59.Остеохондропатии, излюбленные локализации у детей. Диагностика, лечение.

60.Диагностика врожденного вывиха бедра у ребенка 3 мес.

61.Методы лечения врожденного вывиха (дисплазии, подвывиха) бедренной кости.

62.Классификация острой гнойно-деструктивной пневмонии.

63.Клинико-рентгенологическая картина пиоторакса. Методы лечения.

64.Оказание неотложной помощи при напряженном пневмотораксе, гемопневмотораксе на догоспитальном и госпитальном этапах.

65.Клиника, диагностика, лечебная тактика при воронкообразной деформации грудной клетки.

66.Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей. Причины. Клинико-диагностические критерии показаний к консервативному лечению, к оперативной коррекции.

67.Химические ожоги пищевода. Тактика педиатра и хирурга. Методы диагностики и лечения.

68. Комплекс высокотехнологичных методов исследования при пороках и заболеваниях органов грудной клетки. Показания, информативность

69.Атрезия пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

70.Классификация диафрагмальных грыж.

71.Гастрошизис и омфалоцеле. Принципы хирургической тактики

72.Клинико-рентгенологическая картина врожденной лобарной эмфиземы. Лечение.

73.Предоперационная подготовка при пилоростенозе. Оперативное лечение, этапы, техника.

74.Дифференциальная диагностика спинно-мозговой грыжи и тератомы крестцово-копчиковой области.

75.Причины, клиника, диагностика высокой кишечной непроходимости у детей.

76.Классификация аноректальных пороков.

77.Современные методы диагностики при аномалиях мочевыделительной системы у новорожденных.

78.Методы обследования в онкологии детского возраста.

79.Новообразования яичников у девочек. Осложнения. Клиника, диагностика, методы оперативного лечения.

80.Доброкачественные и злокачественные новообразования костей. Основные клинико-рентгенологические признаки. Показания и способы оперативного лечения.

81.Организация хирургической помощи детям в Свердловской области

82.Организация амбулаторного приема детей с хирургической и ортопедической патологией.

83.Основные принципы профилактической работы амбулаторного хирурга.

3.Технологии и критерии оценивания

Преподаватель при помощи тестов, решения ситуационных задач, опроса оценивает теоретическую подготовку ординатора. Практические навыки оцениваются в режиме реального времени при непосредственной работе ординатора с больным ребенком: сбор жалоб, анамнеза, используемые методы обследования, лабораторной и инструментальной диагностики, определение маршрутизации для лечения больного, ведение медицинской документации, коммуникативные навыки.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета. До зачета допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины. Этапы проведения зачета: 1) оценка навыков и умений; 2) тестовый контроль; 3) ситуационная задача.

Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены симптомы сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов, инструментальных исследований (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено». «Зачтено» при положительном ответе на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70–80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине – удовлетворительно.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине – хорошо.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине – отлично.

Критерии оценки этапа решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, уверенно аргументирует собственную точку зрения.

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Критерии оценивания итогового собеседования:

Количество баллов	***Критерии оценки***
	Неудовлетворительно (0 баллов)
Отсутствие ответа либо абсолютно неверное изложение материала по поставленному вопросу билета и/или абсолютно неверное решение ситуационной задачи.	
	Удовлетворительно
3 балла	Ординатор демонстрирует знание и понимание основных положений изучаемой темы, однако материал изложен неполно, допущены существенные ошибки, недостаточно доказательно обоснованы суждения, не может привести примеры из учебного материала. Ответ сформулирован с помощью наводящих вопросов преподавателя.
	Хорошо
4 балла	Изученный материал изложен полно, даны правильные определения понятий, но допущены несущественные ошибки или неточности, которые обучающийся исправляет самостоятельно при коррекции со стороны преподавателя, при этом имеется понимание материала, даются обоснованные суждения, приводятся примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные.
	Отлично
5 баллов	Изученный материал изложен полно, в логической последовательности, даны правильные определения понятий, ординатор демонстрирует понимание материала, обосновывает свои суждения, приводя примеры из учебного материала и/или самостоятельно составленные.

Критерии оценивания «Итоговая оценка» является производной из нескольких оценок, полученных ординатором за разные виды деятельности.

По итогам положительной аттестации ординатору выставляется зачёт.