

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Семенов Юрий Александрович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 04.03.2026 10:15:23  
Уникальный программный ключ:  
7ee61f7810e60557bee49df65517382019780007

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

**Кафедра детской хирургии**

Проректор по образовательной деятельности  
**УТВЕРЖДАЮ**  
Ушаков  
2025 г.



**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине  
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Специальность: 31.05.01 Лечебное дело  
Уровень высшего образования: специалитет  
Квалификация: врач-лечебник

**Екатеринбург**

**2025 год**

Фонд оценочных средств по дисциплине «детская хирургия» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016 г. N 95, и с учетом требований профессионального стандарта 02.009 «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)» (Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 г. №293н).

Фонд оценочных средств составлен:

Цап Н.А. д.м.н., проф., зав. кафедрой детской хирургии  
Комарова С.Ю., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии  
Гордиенко И.И., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии  
Амосов В.Г., к.м.н., доцент кафедры детской хирургии  
Шнайдер И.С., ассистент кафедры детской хирургии  
Рубцов В.В., ассистент кафедры детской хирургии  
Огнев С.И., ассистент кафедры детской хирургии  
Черный С.П., ассистент кафедры детской хирургии  
Суенкова Д.Д., ассистент кафедры детской хирургии  
Жаксальков А.С., ассистент кафедры детской хирургии  
Швалев Ф.М., ассистент кафедры детской хирургии

Фонд оценочных средств рецензирован: Чернядьев С.А. – директор института хирургии, профессор, д.м.н., заведующий кафедрой хирургических болезней ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России.

## 1. Кодификатор результатов обучения

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенций	Код и наименование индикатора достижений компетенций	Индекс трудовой функции и её содержание	Дидактическая единица (ДЕ)	Контролируемые учебные элементы, формируемые в результате освоения дисциплины			Методы оценивания результатов освоения дисциплины
					Знания	Умения	Навыки	
Профессиональные компетенции	ПК – 2	<p>ИД-1пк-2 Умеет распознавать состояния, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ИД-2пк-2 Умеет оказать медицинскую помощь в экстренной форме</p>	А/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ДЕ-1. Острый аппендицит, особенности у детей. Аппендикулярный перитонит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника у детей.	Знать организацию оказания хирургической помощи детям с острым аппендицитом, аппендикулярном перитоните, приобретенной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника. Клинику, диагностику, методику обследования, достоверные признаки, особенности у детей младшей возрастной группы, дифференциальную диагностику. Основные принципы оперативного лечения у детей.	Собрать анамнез, провести опрос ребенка и сопровождающих его лиц, объективное обследование ребенка с хирургической патологией различных возрастных групп, выявлять клинические признаки аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, абсцесса, инвагинации, ущемленной грыжи, оценить тяжесть состояния ребенка, определить показания к дополнительным методам обследования и интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования, поставить предварительный диагноз. Напра-	Владеть методикой сбора анамнеза, объективного обследования ребенка с хирургическим заболеванием органов брюшной полости. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы исследования. Алгоритмом постановки предварительно-го диагноза.	Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного

		<p>пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания))</p> <p>ИД-3пк-2 Умеет констатировать биологическую и клиническую смерть</p> <p>ИД-4пк-2 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ИД-5пк-2 Умеет оценить состояние паци-</p>				<p>вить ребенка на консультацию к детскому хирургу, в хирургический стационар</p>		
--	--	--	--	--	--	---	--	--

		<p>ента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <p>ИД-6пк-2 Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)</p>						
Профессиональные компетенции	ПК – 2	<p>ИД-1пк-2</p> <p>ИД-2пк-2</p> <p>ИД-3пк-2</p> <p>ИД-4пк-2</p> <p>ИД-5пк-2</p> <p>ИД-6пк-2</p>	<p>А/01.7</p> <p>Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах</p>	<p>ДЕ-2.</p> <p>Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, пальцев, кисти. Острый гематогенный остеомиелит у детей, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p>	<p>Знать особенности течения гнойной инфекции у детей. Классификацию, этиологию, патогенез, клинику, особенности течения, диагностику гнойно-воспалительных заболеваний: мягких тканей, пальцев, кисти, острого гематогенного остеомиелита. Основные принципы оперативного лечения..</p>	<p>Собрать анамнез, характерные жалобы у ребенка и сопровождающих его лиц, провести осмотр и объективное обследование детей различных возрастных групп, выявить клинические (визуальные, пальпаторные) признаки гнойно-воспалительных заболеваний кожи и мягких тканей, ОГО, определить показания к дополнительным методам обследования</p>	<p>Владеть методикой сбора анамнеза и проведения объективного обследования ребенка с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей, с гнойным заболеванием костей и суставов. Интерпретировать лабораторные и инструментальные методы ис-</p>	<p>Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного</p>

						и интерпретировать результаты, оценить тяжесть состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, своевременно направить ребенка на госпитализацию к хирургу, в хирургический стационар..	следования. Владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением на дополнительное обследование, выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи..	
Профессиональные компетенции	ПК – 2	ИД-1пк-2 ИД-2пк-2 ИД-3пк-2 ИД-4пк-2 ИД-5пк-2 ИД-6пк-2	A/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ДЕ-3. Травматология и ортопедия детского возраста. Скелетная травма. Черепно-мозговая травма. Аномалии развития и заболевания опорно-двигательного аппарата ребенка.	Знать анатомо-физиологические особенности скелета ребенка, типичные повреждения костей в разных возрастных группах, абсолютные и относительные симптомы переломов. Знать особенности ЧМТ в разных возрастных группах, типичные повреждения черепа и головного мозга, уровни нарушения	Собрать анамнез, жалобы у детей разных возрастных групп, выявить повреждения, проявляющиеся этими жалобами.  Определить абсолютные и относительные симптомы переломов, интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, оказать неотложную	Владеть интерпретацией рентгенограмм, алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза при повреждениях скелета у детей. Методами транспортной иммобилизации при переломах костей верхней и	Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного

					сознания, классификацию, клинику, диагностику. Знать сочетанную травму, организацию помощи, тактику лечения. Знать аномалии развития и заболевания опорно-двигательного аппарата ребенка: врожденная мышечная кривошея, болезнь Шпренгеля, косоруконость, пороки кисти и пальцев, патология позвоночника: нарушения осанки, сколиоз, врожденный вывих бедра, косолапость, плоская стопа, амниотические перетяжки, остеохондропатии	помощь, определить порядок госпитализации, особенности транспортировки	нижней конечностей.	
Профессиональные компетенции	ПК – 2	ИД-1пк-2 ИД-2пк-2 ИД-3пк-2 ИД-4пк-2 ИД-5пк-2 ИД-6пк-2	А/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ДЕ-4. Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, ущемленная грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канати-	Знать этиологию, патогенез, классификацию, клинику, диагностику, лечение. Методику обследования ребенка и лечебную тактику. Анатомо-физиологические особенности и патологические изменения в организме при крип-	Собрать характерные жалобы и анамнез. Провести осмотр и объективное обследование детей различных возрастных групп, определить клинические признаки наличия у ребенка заболевания. Выявить симптомы, сформировать характерные синдромы.	Владеть методами осмотра ребенка, алгоритмом постановки предварительного диагноза при паховой грыже, ущемленной грыже, водянке оболочек яичка, кисте се-	Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного

				<p>ка). Крипторхизм. Пупочная грыжа. Пороки развития и заболевания толстой кишки: болезнь Гиршпрунга, долихосигма. Доброкачественные образования мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы).</p>	<p>торхизме, пороках толстой кишки у детей различных возрастных групп.</p> <p>Эмбриогенез основных аномалий развития, методы диагностики и лечения. Показания и возрастные сроки оперативного лечения</p>	<p>Определить показания к дополнительным методам обследования и интерпретировать результаты. Поставить предварительный диагноз. Своевременно направить ребенка на консультацию к детскому хирургу или на госпитализацию в хирургический стационар.</p>	<p>менного канатика, крипторхизме, пупочной грыже, пороках развития и заболевания толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, долихосигма), доброкачественных образованиях мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы) и принципами комплексного лечения.</p>	
Профессиональные компетенции	ПК – 2	ИД-1пк-2 ИД-2пк-2 ИД-3пк-2 ИД-4пк-2 ИД-5пк-2 ИД-6пк-2	A/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ДЕ-5. Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией, эмбрио- и патогенез, классификацию врожденных пороков. Методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, основные принципы Пилоростеноз.	Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией, эмбрио- и патогенез, классификацию врожденных пороков. Методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, основные принципы	Собрать жалобы и анамнез, провести осмотр, определять клинические признаки заболеваний, тяжесть состояния ребенка, показания к дополнительным методам обследования, интерпретировать результаты, провести дифференциальную диагностику, сформулировать	Владеть методами осмотра ребенка, оценить тяжесть состояния алгоритмом постановки предварительного диагноза. Знать основные принципы комплексного лечения, оказать неот-	Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного

				Аноректальные пороки: атрезии и свищи.	лечения.	предварительный диагноз, направить на консультацию к детскому хирургу, на госпитализацию в хирургический стационар.	ложную помощь на догоспитальном и стационарном этапе.	
Профессиональные компетенции	ПК – 2	ИД-1пк-2 ИД-2пк-2 ИД-3пк-2 ИД-4пк-2 ИД-5пк-2 ИД-6пк-2	А/01.7 Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах	ДЕ-6. Пороки развития органов грудной полости: атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, врожденная лобарная эмфизема. Аномалии развития мочевыделительной системы.  Некротизирующий энтероколит	Знать эмбриогенез основных аномалий органов грудной полости, этиологию, патогенез, клинику, диагностику, классификацию, алгоритм обследования, принципы и методы оказания неотложной помощи новорожденным с дыхательной недостаточностью, особенности транспортировки детей с перечисленной патологией, порядок госпитализации, принципы реабилитации детей. Знать анатомо-физиологические особенности верхних мочевых путей, мочевого пузыря и мочепустительного канала, пороки развития. Классификацию, клинику, диагностику и лечение у новорожденных и детей старшего возраста, антенатальную диагности-	Собрать анамнез, провести опрос обследование, диагностику на догоспитальном этапе, интерпретировать результаты клинического и инструментального обследования, оценить тяжесть респираторной дисфункции, поставить предварительный диагноз, определить порядок госпитализации, особенности транспортировки. Своевременно направить ребенка на консультацию к детскому хирургу, на госпитализацию в хирургический стационар.	Владеть методами осмотра ребенка, наметить объем дополнительных исследований, интерпретировать результаты обследования алгоритмом постановки предварительного диагноза, Знать основные принципы комплексного лечения. Оказать неотложную помощь на догоспитальном и стационарном этапе	Опрос, собеседование, тестирование, решение ситуационных задач, курация больного

					ку аномалий. Этиология и патогенез, классификация, клиника некротизирующего энтероколита у новорожденных, алгоритм диагностики, порядок госпитализации, особенности транспортировки, этапность лечения			
--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

### 2.1. Тестовые задания

**(ДЕ 1) Острый аппендицит, особенности у детей. Аппендикулярный перитонит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Инвагинация кишечника у детей.**

1. Какой синдром преобладает в начале развития острого аппендицита:
  1. диспепсический
  2. мочевого
  3. интоксикационный
  4. болевой
  5. синдром угнетения сознания
  
2. Какой симптом при остром аппендиците положительный:
  1. Щёткина-Блюмберга
  2. Керра
  3. Мёрфи
  4. Мейо-Робсона
  5. Габа
  
3. Назовите достоверные признаки аппендицита:
  1. локальная боль в правой подвздошной области, жидкий стул
  2. напряжение мышц брюшной стенки и рвота
  3. напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щеткина - Блюмберга
  4. жидкий стул и рвота
  5. симптом «отталкивания руки»
  
4. К распространенному перитониту относятся:
  1. аппендикулярный инфильтрат
  2. разлитой гнойный перитонит
  3. периаппендикулярный абсцесс
  4. местный неотграниченный перитонит
  5. местный отграниченный перитонит
  
5. Развитие каких послеоперационных осложнений аппендикулярного перитонита наиболее вероятно:
  1. дыхательная и сердечная недостаточность
  2. формирование абсцессов брюшной полости различной локализации (илеоцекальный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный, подпеченочный)
  3. пиоторакс
  4. пиопневмоторакс
  
6. Выберите правильное определение первичного перитонита:
  1. перитонит, возникший впервые в жизни
  2. перитонит не являющийся следствием воспалительных процессов органов брюшной полости
  3. перитонит, возникший у детей в возрасте до 1 года
  4. перитонит, вызванный пневмококками
  5. перитонит, возникший у детей в возрасте до 3 лет
  
7. Инвагинация кишечника это:
  1. врожденный порок развития подвздошной кишки, сопровождающийся приступообразной болью
  2. опухолевидное новообразование в области илеоцекального угла,

3. кистозное удвоение кишечника в области Трейцевой связки
4. внедрение одного отдела кишки в просвет выше-или нижележащего отдела кишечника
5. эрозивно-язвенный процесс в тонкой кишке с кровавыми выделениями из прямой кишки

8. Какой вид инвагинации возникает у детей наиболее часто:

1. тонкокишечная
2. в области трейцевой связки
3. толстокишечная
4. слепободочная
5. подвздошно-ободочная

9. У ребенка в возрасте 3 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Какую тактику нужно предпринять:

1. пассаж бариевой взвеси
2. операция в плановом порядке
3. консервативное расправление
4. наблюдение в динамике
5. срочная операция.

10. Характер боли при спастической кишечной непроходимости:

1. постоянный
2. приступообразный
3. локальный
4. колющий
5. опоясывающий

**(ДЕ 2) Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, пальцев, кисти. Острый гематогенный остеомиелит у детей, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.**

1. Гнойное поражение всех тканей ногтевой фаланги пальца называется:

1. паронихия
2. пандактилит
3. костный панариций
4. проникающий панариций
5. подногтевой панариций

2. Особенности течения гнойных процессов мягких тканей у детей:

1. отграничение гнойного очага
2. быстрое распространение вширь и вглубь
3. отсутствие симптомов гнойной интоксикации
4. иммунный ответ организма ребенка адекватный и полноценный
5. медленное распространение

3. Покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя гной под кожей. Диагноз:

1. паронихий
2. кожный панариций;
3. флегмона;
4. абсцесс;
5. подкожный панариций

4. Распространение флегмоны кисти происходит:

1. гематогенным путем
2. по сухожильным влагалищам

3. по лимфатическим сосудам
  4. по межкостным промежуткам
  5. контактными путем
5. Назовите величины внутрикостного давления при остеомиелите.
1. 10- 20 мм.в.ст.
  2. 30- 40 мм.в.ст.
  3. более 100.
  4. 200.в.ст.
  5. 500 мм.в.ст.
6. Причины перехода острого гематогенного остеомиелита в хроническую форму:
1. поздняя диагностика
  2. начало заболевания на фоне вирусной инфекции
  3. появление септикопиемических очагов
  4. множественные остеоперфорации
  5. отягощенный преморбидный фон
7. В какие сроки заболевания проявляются рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита:
1. 14-21 день
  2. 28-30 день
  3. 1-3- месяца
  4. более 3 месяцев
  5. 1-2 сутки
8. Особенности эпиметафизарного остеомиелита:
1. прорыв гноя происходит в межмышечное пространство
  2. прорыв гноя в полость сустава
  3. прорыв гноя в диафиз кости
  4. болеют дети старшей возрастной группы
  5. не сопровождается повышением температуры
9. Признаком хронизации процесса при остром гематогенном остеомиелите является:
1. симптом «таящего сахара»
  2. симптом Маркса-Ортолани
  3. наличие секвестров
  4. луковичный периостит
  5. наличие козырька Кодмана
10. К последствиям хронического остеомиелита относятся:
1. Формирование патологических переломов
  2. Нарушение роста кости
  3. Амилоидоз
  4. Частые септические состояния
  5. Рецидивирующие артриты

**ДЕ 3. Травматология и ортопедия детского возраста. Скелетная травма. Черепно-мозговая травма. Аномалии развития и заболевания опорно-двигательного аппарата ребенка**

1. Наиболее частый способ фиксации перелома ключицы со смещением у детей дошкольного и школьного возраста:
  - а. Костыльно-гипсовая повязка
  - б. Восьмиобразная повязка
  - в. Кольца Дельбе
  - г. Повязка Дезо
  - д. Металлоостеосинтез
  
2. Какой из переломов не сопровождается гемартрозом локтевого сустава:
  - а. Перелом блока плечевой кости
  - б. Чрезмышцелковый перелом плечевой кости
  - в. Эпифизеолиз головчатого возвышения
  - г. Надмышцелковый перелом плечевой кости
  - д. Перелом локтевого отростка
  
3. Повреждение Монтеджиа - это:
  - а. Перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости
  - б. Вывих костей предплечья и перелом внутреннего надмыщелка плечевой кости
  - в. Перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости
  - г. Перелом лучевой кости в нижней трети и перелом локтевой кости в верхней трети
  - д. Вывих головки локтевой кости и вывих головки лучевой кости
  
4. При легком сгибании в тазобедренном суставе в норме верхушка большого вертела расположена на линии:
  - а. Гютера
  - б. Маркса
  - в. Розер-Нелатона
  - г. Омбредана-Перкинса
  - д. Шентона
  
6. Шеечно-диафизарный угол в норме у детей составляет:
  - а. 120°
  - б. 125-130°
  - в. 131-140°
  - г. 141-150°
  - д. 155°
  
7. При асептическом некрозе головки бедра показано:
  - а. тотальное эндопротезирование
  - б. однополюсное эндопротезирование
  - в. остеотомия типа Мак-Маррея
  
8. Какая из перечисленных операций наиболее рациональна при врожденной варусной деформации шейки бедренной кости?
  - а. операции на связках сустава
  - б. артродез

- в. эндопротезирование
- г. корригирующая остеотомия
- д. артрориз сустава

9. При подвздошном травматическом вывихе бедра :

- а. нога резко согнута, приведена и ротирована внутрь
- б. нога слегка согнута, приведена и ротирована внутрь
- в. укорочение ноги до 5-7 см
- г. укорочение ноги до 1-2 см д

10. Необходимыми действиями хирурга, вправляющего вывих бедра по Кохеру, являются:

- а. сгибание конечности в коленном и тазобедренных суставах
- б. сгибание конечности только в тазобедренном суставе
- в. вытяжение по направлению оси бедра
- г. приведение бедра
- д. ротационные движения бедра

11. С целью ослабить давление на головку бедра при ее асептическом некрозе предложена операция:

- а. по Фоссу
- б. по Мак-Маррею
- в. по Солтеру
- г. по Венту
- д. по Заградниеку

12. Наилучшим видом обезболивания при вправлении вывиха бедра является:

- а. внутрисуставное введение местного анестетика
- б. проводниковая анестезия
- в. футлярная блокада по А.В.Вишневскому
- г. внутритазовая анестезия по Школьникову-Селиванову
- д. наркоз с миорелаксантами

**ДЕ 4 Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, ущемленная грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Крипторхизм. Пупочная грыжа. Пороки развития и заболевания толстой кишки: болезнь Гиршпрунга, долихосигма. Доброкачественные образования мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы).**

1. С какой нозологической формы начинается дифференциальная диагностика ущемленной паховой грыжи?

- 1. острый аппендицит.
- 2. паховый лимфаденит.
- 3. невправимая паховая грыжа.
- 4. ущемленная бедренная грыжа.
- 5. перекрут яичка.

2. Причиной формирования паховых и пахово-мошоночных грыж в детском возрасте является:

- 1. слабость мышц передней брюшной стенки
- 2. необлитерация вагинального отростка брюшины
- 3. длительное значительное напряжение мышц брюшного пресса

4. вертикальное положение тела
  5. реканализация вагинального отростка брюшины
3. Назовите возрастной срок оперативного вмешательства при водянке оболочек яичка и семенного канатика.
1. после установления диагноза.
  2. 6 мес.
  3. 2 года.
  4. 5 лет.
  5. 6 лет
4. При изолированной водянке оболочек яичка показана операция:
1. перевязка вагинального отростка брюшины по Россу
  2. Дюамеля
  3. Винкельмана
  4. Бергмана
  5. Петривальского
5. Для дифференциальной диагностики ущемленной паховой грыжи и остро развившейся водянки оболочек яичка показано:
1. пункция мошонки
  2. диафаноскопия
  3. срочное оперативное лечение
  4. УЗИ мошонки
  5. наблюдение в условиях хирургического стационара
6. В каких случаях положительная проба с хроническим гонадотропином имеет диагностическую ценность?
1. Односторонний крипторхизм.
  2. Двухсторонний брюшной крипторхизм.
  3. Ложный крипторхизм.
  4. Анорхизм.
  5. Монорхизм.
7. У ребенка в возрасте после 2-х лет обнаружена пупочная грыжа, размеры грыжевых ворот 1 см х 1 см, что необходимо предпринять.
1. Наложение пелота.
  2. Лейкопластырная повязка.
  3. Оперативное вмешательство.
  4. Массаж передней стенки живота, ЛФК.
  5. Динамическое наблюдение
8. Укажите особенности эвакуаторной способности толстой кишки у детей:
1. более быстрая эвакуация химуса, чем у взрослых
  2. более медленная эвакуация химуса, чем у взрослых
  3. при искусственном вскармливании сроки эвакуации уменьшаются
  4. при искусственном вскармливании сроки эвакуации удлиняются
  5. характер вскармливания не влияет на скорость эвакуации содержимого
9. Выявленная при ирригографии расширенная, многопетлистая сигмовидная кишка, сглаженность гаустрации после ее опорожнения характерно для:
1. долихосигма
  2. болезнь Гиршпрунга
  3. мегаколон
  4. спаечная непроходимость кишечника

## 5. болезнь Крона

10. Назовите признаки истинного роста гемангиомы:

1. увеличение размеров соответственно росту ребенка
2. изменение границ, высоты и интенсивности окраски
3. изменение окраски
4. появление бледных и синюшных пятен
5. появление кровоточивости

## **ДЕ 5 Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией. Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз. Аноректальные пороки: атрезии и свищи.**

1. Что является ведущим звеном в этиопатогенезе пилоростеноза.

1. внутриутробное инфицирование и последующее рубцевание привратника.
2. врожденный дефицит парасимпатических нервных образований привратника.
3. гиперплазия продольной мышцы привратника и порок развития парасимпатических ганглиев.
4. гиперплазия циркулярной мышцы и слизистой.
5. гиперплазия всех мышечных слоев привратника и аномальная иннервация привратника парасимпатическими нервными образованиями.

2. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде после пилоромиотомии.

1. асцит.
2. копростаз.
3. перитонит.
4. анурия.
5. нарушение дыхания.

3. Назовите наиболее типичную перистальтику желудка при пилоростенозе.

1. отсутствует.
2. усилена, сегментирующая.
3. постоянная.
4. обычная
5. эпизодическая.

4. Метаболические изменения при пилоростенозе у новорожденного сопровождаются:

1. гипонатриемией
2. гипокалиемией
3. гиперхлоремией
4. гипомагниемией
5. гиперкальциемией

5. Морфологическими признаками врожденного пилоростеноза являются:

1. недифференцированность мышечных слоев наряду с изолированной гипертрофией пилоруса
2. ишемия сосудов стромы
3. дистрофические изменения всех клеточных компонентов всех оболочек пилоруса
4. уменьшение толщины мышечного слоя
5. отек слизистой оболочки

6. У новорожденного ребенка через 10 часов после рождения отмечается вздутие живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, рвота застойным содержимым, отсутствие мекония. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные уровни в кишечнике. Поставьте диагноз.

1. перфорация кишечника.
2. черепно-мозговая травма.
3. низкая кишечная непроходимость.
4. пилоростеноз
5. ОРВИ

7. К высокой непроходимости кишечника относится:

1. Болезнь Гиршпрунга.
2. Мекониональная непроходимость.
3. атрезия 12-перстной кишки.
4. атрезия подвздошной кишки.
5. атрезия ануса

8. Заворот "средней" кишки проявляется клиникой:

1. странгуляционной кишечной непроходимости
2. динамической кишечной непроходимости
3. интоксикации
4. системного воспаления
5. эксикоза

9. Высокая врожденная кишечная непроходимость сопровождается:

1. интоксикацией
2. равномерным вздутием живота
3. эксикозом
4. брадикардией
5. анемией

10. Какой из пороков развития сопровождается незавершенным поворотом кишечника:

1. пилоростеноз
2. атрезия двенадцатиперстной кишки
3. атрезия подвздошной кишки
4. синдром Ледда
5. синдром Дауна

**ДЕ 6 Пороки развития органов грудной полости: атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, врожденная лобарная эмфизема. Аномалии развития мочевыделительной системы. Некротизирующий энтероколит.**

1. Что является наиболее распространенной аномалией пищевода у новорожденного?

1. трахеопищеводный свищ.
2. аплазия пищевода.
3. атрезия пищевода.
4. атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом.
5. атрезия с верхним трахео-пищеводным свищом.

2. Все диагностические мероприятия для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом верны, кроме:

1. рентгенография пищевода с йодлиполлом.
2. эзофагоскопия.
3. рентгенография пищевода с введенным в пищевод резиновым катетером.
4. трахеобронхоскопия.
5. введение в пищевод воздуха через находящийся в нем катетер.

3. У ребенка 1 мес. с первых дней после рождения отмечается во время кормления приступообразный кашель. В легких постоянно выслушиваются влажные хрипы. Предварительный диагноз.

1. халазиякардии.

2. диафрагмальная грыжа.
3. трахеопищеводный свищ.
4. лобарная эмфизема.
5. атрезия хоан

4. У новорожденного ребенка спустя 1 час после рождения выявлено редкое дыхание, цианоз, грудная клетка ассиметричная, левая половина увеличена в объеме, ограничена в экскурсии. Отмечается смещение органов средостения вправо. На обзорной рентгенограмме грудной клетки имеется медиастинальная грыжа, смещение органов средостения вправо, мелко ячеистый рисунок в области левого легкого, контуры диафрагмы не дифференцируются. Диагноз.

1. атрезия пищевода.
2. спонтанный пневмоторакс.
3. лобарная эмфизема.
4. диафрагмальная грыжа.
5. бронхоэктатическая болезнь

5. Укажите наиболее часто встречающиеся формы врожденной диафрагмальной грыжи

1. истинные
2. ложные
3. Богдалека
4. пищеводного отверстия
5. правого купола

6. Где наиболее часто локализуется рожденная лобарная эмфизема легкого

1. в нижней доле легкого
2. в целом легком
3. в верхней доле легкого
4. в средней доле легкого
5. в легочном сегменте

7. Врожденная лобарная эмфизема определяется следующими морфологическими признаками:

1. гипоплазией хряща долевого бронха и дефицитом эластических волокон в стенке альвеол
2. гиперплазией слизистой бронхов
3. отсутствием долевого бронха
4. отсутствием сосудов доли легкого
5. гипоплазией хряща бронхов 3-4 порядка

8. Некротический энтероколит является:

1. тяжелым воспалительным процессом у недоношенных новорожденных
2. локальным воспалительным процессом
3. болезнью преимущественно доношенных детей
4. аутоиммунным воспалительным процессом доношенных детей
5. невоспалительным процессом у недоношенных детей

9. Назовите основные осложнения течения некротического энтероколита:

1. пневмония
2. перитонит
3. внутрибрюшное кровотечение
4. заворот кишки
5. аспирация

10. Выберите метод диагностики некротического энтероколита:

1. КТ
2. УЗИ

3. обзорная рентгенография брюшной полости + УЗИ
4. контрастная рентгенография желудочно-кишечного тракта
5. общеклиническое обследование

11. Возрастные показания к оперативному лечению эписпадии:

1. до 1 года
2. 1-3 года
3. 4-6 лет
4. 10-15 лет
5. после полового созревания

12. Причиной врожденного гидронефроза не является:

1. абберантный сосуд
2. стеноз пиелоуретрального сегмента
3. Высокое отхождение мочеточника
4. Ретрокавальный мочеточник
5. Камень пиелоуретрального сегмента

13. Что относится к аномалиям развития почек у детей:

1. гипоспадия
2. удвоенная почка
3. нефролитиаз
4. гломерулонефрит
5. пиелонефрит

**Методика оценивания:** входящий (10 тестовых заданий) и промежуточный (30 тестовых заданий) контроль по проверке получаемых студентами знаний проводится в форме тестового контроля. Тестовые задания формируются случайным образом из банка тестов. Оценка ставится в баллах (от 3 до 5 баллов) в соответствии с количеством правильных ответов. Менее 70% правильных ответов – не зачет, от 70% до менее 80% - 3 балла, от 80% до менее 90% - 4 балла, от 90% до 100% - 5 баллов.

## **2.2. Возможная тематика научно-исследовательских работ по дисциплине**

1. Отдаленные результаты лечения гидронефроза у новорожденных и детей грудного возраста
2. Гипоспадия. Результаты в зависимости от выбора метода пластики
3. Лечебная тактика при гем- и лимфангиомах
4. Отдаленные результаты лечения болезни Гиршпрунга
5. Интенсивная терапия послеоперационного периода при атрезии пищевода
6. Интенсивная терапия послеоперационного периода при диафрагмальной грыже
7. Ущемленная паховая грыжа у детей первого года жизни
8. Инвагинация кишечника у детей: что изменилось за последние годы
9. Современные подходы к диагностике и лечению пилоростеноза у детей
10. Эндовезикальная коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса
11. Отдаленные результаты лечения атрезии пищевода
12. Место лапароскопии в лечении аппендикулярного перитонита
13. Эндоскопические методы лечения грыж передней брюшной стенки.
14. Синдром короткой кишки у детей.

15. Особенности оперативного лечения недоношенных новорожденных.
16. Несовершенное костеобразование (болезнь Лобштейна-Фролика): клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
17. Специальные методы диагностики в травматологии-ортопедии: рентгенодиагностика, КТ-, МРТ – диагностика, другие методы исследования. Определение референтных линий и углов.
18. Понятие о сращении и несращении кости, о замедленной консолидации, ложном суставе и несросшемся переломе. Тактика и способы лечения и посттравматического псевдоартроза.

### **2.3 Контрольные вопросы и ситуационные задачи для самостоятельной подготовки**

#### **(ДЕ 1) Острый аппендицит, особенности у детей. Аппендикулярный перитонит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Инвагинация кишечника у детей.**

Ситуационная задача 1.

Ребенок 6 месяцев внезапно проявил беспокойство, кричит, стонет, сучит ножками, была рвота. Приступ беспокойства продолжался 5-7 мин., повторился приступ. Стул был неизменный, а спустя 7 часов стала выделяться кровянистая слизь. При осмотре живот не вздут, мягкий, безболезненный, но в мезогастрии определяется болезненная "опухоль". При ректальном исследовании - на пальце кровь.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте тактику
3. Предложите способы лечения

Ситуационная задача 2.

Девочка С., 10 лет прооперирована в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного аппендицита с типичным расположением отростка в районной больнице. Ближайший послеоперационный период гладкий. На 5-е сутки после операции у девочки появился жидкий стул без патологических примесей (4 раза за сутки) ноющие боли над лоном и при дефекации, субфебрильная температура. При осмотре хирургом в поликлинике выявлена умеренная болезненность над лоном при пальпации, с-м Щеткина-Блюмберга слабо-положительный. При ректальном исследовании определялось болезненное образование на передней стенке прямой кишки, 3 см плотно-эластической консистенции, без размягчения. В правой подвздошной области определяется послеоперационный шов длиной 5 см без признаков воспаления, ампула прямой кишки пустая, мочеиспускание не нарушено.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте тактику
3. Предложите способы лечения.

#### **(ДЕ 2) Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, пальцев, кисти. Острый гематогенный остеомиелит у детей, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.**

Ситуационная задача 1.

Больная А., 2 месяцев поступила в экстренном порядке через 3 суток от начала заболевания с жалобами родителей на вялость ребенка, снижение аппетита, выраженное беспокойство при каждом пеленании ребенка, вынужденное положение правой нижней конечности- согнута, ротирована кнаружи и отведена, отек мягких тканей в верхней трети бедра, активных движений нет, повышение температуры до 38,2 ° С. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Обоснуйте обследование
3. Предложите лечение.

Ситуационная задача 2.

В поликлинику, на прием к детскому хирургу обратился ребенок К., 7 лет с жалобами на боль, отек в области левой ладонной поверхности кисти, подъем температуры до 39,0<sup>0</sup>С, бессонную ночь. Из анамнеза известно, что 5 дней назад ребенок поранил левую кисть на прогулке. Через 2 дня в области ладонной поверхности левой кисти появилось покраснение, отек, краснота ограничение движений в пястно-фаланговых суставах левой кисти.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование и лечение.

### **(ДЕ 3) Травматология и ортопедия детского возраста. Скелетная травма. Черепно-мозговая травма. Аномалии развития и заболевания опорно-двигательного аппарата ребенка**

Ситуационная задача 1.

Мальчик, 11 лет. Ребенок доставлен в травмпункт через 40 минут после травмы. Упал с велосипеда на вытянутую правую руку, пытаясь смягчить удар. Сразу после падения почувствовал резкую боль в области лучезапястного сустава и предплечья. Родители отметили быстро нарастающий отек и выраженную деформацию в дистальном отделе предплечья. Самостоятельно дали ребенку ибупрофен в возрастной дозировке. Состояние ребенка удовлетворительное, сознание ясное. Правая кисть и предплечье отечны, в нижней трети предплечья визуально определяется деформация по типу «штыка» или «вилки». Пальпация области лучевой кости резко болезненна. Активные движения в лучезапястном суставе ограничены из-за боли, пассивные – резко болезненны. Кожные покровы кисти теплые, пальцы подвижны, чувствительность не нарушена. Пульсация на лучевой артерии сохранена, капиллярный возврат в норме.

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

Ситуационная задача 2.

При поступлении пациент 4 лет жалуется на укорочение правой нижней конечности 3 см, которое прогрессивно увеличивается с возрастом. Предположительный диагноз и Ваша тактика?

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

Ситуационная задача 3.

У больного через после падения и ушиба правого коленного сустава появилась боль, болезненность при движении, на следующий день поднялась высокая температура, сохраняется отек в области коленного сустава, болезненность в области сустава.

Задание

1. Определите дифференциальный диагноз, возможные варианты диагностического поиска.
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

**ДЕ 4 Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, ущемленная грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Крипторхизм. Пупочная грыжа. Пороки развития и заболевания толстой кишки: болезнь Гиршпрунга, долихосигма. Доброкачественные образования мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы).**

Ситуационная задача 1.

У мальчика в возрасте 1 г. отсутствует яичко в правой половине мошонки. Ребенок растет и развивается соответственно возрасту. При осмотре правая половина мошонки недоразвита, при пальпации мошонки слева яичко обычных размеров и консистенции. Справа яичко в мошонке и паховой области не определяется.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте исследования
2. С какого возраста показано оперативное лечение

Ситуационная задача 2

Мать ребенка 10 месяцев предъявляет жалобы на беспокойство его в течение 6 часов, была двукратная рвота. При осмотре определяется в правой паховой области болезненное опухолевидное образование округлой формы, с четкими границами, неподвижное, плотнорезиновой консистенции. Кожа над ним не изменена.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте исследования
3. С какого возраста показано оперативное лечение

**ДЕ 5 Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией. Врожденная кишечная непроходимость. Пилоростеноз. Аноректальные пороки: атрезии и свищи.**

Ситуационная задача 1

При осмотре в приемном покое новорожденного 4-х сутки жизни, выявлено, что у ребенка с 2 часов ночи появилась обильная рвота желчью, резкое приступообразное беспокойство. Меконий отходил в роддоме, был переходный стул, с 2 часов ночи стула не было. Младенец от Vбеременности, протекавшей на фоне хронического кольпита, многоводия, гестоза у матери хронический пиелонефрит, От I срочных родов, родился с массой 2400,0, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. Аллергических реакций нет. Гемотрансфузии не производились. Общее состояние тяжелое, акроцианоз. Дыхание в легких пуэрильное. ЧД 50 в 1'. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 140 уд в мин. Живот не вздут, болезненный при пальпации в левых отделах, мягкий. Границы печени и селезенки в пределах возрастной нормы. Введена газоотводная трубка – газы не отходят, стула нет, на трубке – слизь с кровью. В ОАК: RBC  $3,8 \times 10^{12}/L$ , HGB 102 g/L, WBC  $18,8 \times 10^9/L$ , BAND - 4, NEU - 33, LYM 53, MONO 10, СОЭ 2 мм/час. ОАМ: уд вес - 1008, цвет – желтый, прозрачный.; сахар, белок - отр., эпителий 1-2 в п/з, лейкоциты -5-6 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, слизь ++Биохимическое исследование крови: TP 68 g/L, глюк - 5,0 mmol/L, К - 4,2 mmol/L, TBIL- 22 ummol/L, DBIL - 6,2 ummol/L

1. Поставите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования
3. Назовите основные этапы лечения.

Ситуационная задача 2

У новорожденного ребенка к концу 2 суток после рождения появилась обильная рвота желчью, "застойным" содержимым. Меконий не отходит. Отмечено нарастающее вздутие живота, повышение температуры до субфебрильных цифр. После введения газоотводной трубки меконий не получен, газы не отходят. При зондировании желудка получено 30 мл густого "застойного" содержимого.

1. Поставите и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.

**ДЕ-6. Пороки развития органов грудной полости: атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, врожденная лобарная эмфизема. Аномалии развития мочевыделительной системы. Некротизирующий энтероколит.**

Ситуационная задача 1

Мальчик И., 1 день, родился с массой тела 3050,0 от первой беременности, протекающей с гестозом I и II половины. Сразу после рождения у ребенка появилось затрудненное дыхание, выраженная одышка до 82 в минуту, цианоз, усиливающиеся при крике и беспокойстве, мраморность кожных покровов, деформация грудной клетки в виде бочкообразного

выпячивания слева. Дыхание затрудненное с участием вспомогательной мускулатуры, Перкуторно слева тимпанит, аускультативно дыхание справа ослабленное, выслушиваются проводные хрипы, слева - не выслушивается. Тоны сердца прослушиваются справа от грудины, пульс 158 ударов в минуту. Живот асимметричен за счет выступающей печени, ниже пупка – запавший.

1. Предварительный диагноз.
2. Объем обследования.
3. Что является причиной нарастания симптомов внутриплеврального напряжения.

## Ситуационная задача 2

Мальчик В., 5 суток. Находится в отделении патологии новорожденных в течение 3-х суток. Жалобы на постоянное вздутие живота, наличие застойного желудочного содержимого, рвоту, окрашенную желчью, вялость, бледность, повышение температуры тела до 38,3°.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 23 лет, не находящейся на учете гинеколога. Беременность IV, роды первые. Ребенок родился в ягодичном предлежании. Роды на 35 неделе, самостоятельные, масса тела 2100 г. Оценка по шкале Апгар – 4 – 5 баллов. К груди приложен через 6 часов, сосал вяло. На 2 сутки после рождения появились срыгивания, частота которых нарастала, вздутие живота, задержка отхождения газов и стула.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Большой родничок 3 x 2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, пульс – 140 в минуту. АД – 80/40 мм.ртутного столба, ЧД – 52 в минуту. Живот равномерно вздут, видна перистальтика кишечника, пальпации не доступен. Меконий не отходил.

ОАК: Эритроциты –  $5,0 \times 10^{12}/л$ ; Гемоглобин - 135 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбоциты – 320 тыс; Лейкоциты –  $14,7 \times 10^9/л$ ; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 14%; Сегментоядерные – 57%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 6%; СОЭ – 45 мм/ч.

Б/х крови: Общий белок – 45 г/л; Билирубин – непрямая реакция – 28,0 мкмоль/л; Мочевина – 4,7 ммоль/л; Калий – 3,7 ммоль/л; Натрий – 130 ммоль/л.

КЩС – Ph – 7,34; SB – 18 ммоль/л; BB – 28 ммоль/л; BE – 4,8 ммоль/л; PO<sub>2</sub> – 45 ммоль/л; PCO<sub>2</sub> – 38 мм рт. ст.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Какова тактика лечения данного больного.

**Методика оценивания:** Ситуационные задачи применяются для текущего контроля знаний студентов. Оценка за решение задачи ставится в баллах (от 0 до 2 баллов) в соответствии со следующими критериями:

2 балла - ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в том числе из лекционного курса); ответы на дополнительные вопросы верные, чёткие.

1 балл - ответ на вопросы задачи дан правильно. Объяснение хода её решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в том числе из лекционного материала); ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно чёткие.

0,5 балла - ответы на вопросы задачи даны правильно. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в том числе лекционным материалом); ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях.

Оценка «неудовлетворительно»: ответы на вопросы задачи даны неправильно. Объяснение хода её решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования; ответы на дополнительные вопросы неправильные (отсутствуют).

## **ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

### **Неотложная и гнойная хирургия, травматология-ортопедия**

1. Острый аппендицит у детей. Этиология. Патогенез. Морфологическая классификация. Типичная клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины и диагностики у детей раннего возраста. Факторы, определяющие своеобразие течения заболевания. Причины атипичного течения заболевания. Диагностические и лечебно-тактические ошибки на различных этапах оказания медицинской помощи. Лечение: предоперационная подготовка, способы оперативного лечения. Послеоперационная реабилитация.
2. Атипичные расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики, дифференциальной диагностики острого аппендицита с ретроцекальным, тазовым, подпеченочным, медиальным расположением червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика. Особенности оперативного лечения.
3. Аппендикулярный перитонит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Комплексное лечение: предоперационная подготовка, доступы для аппендэктомии, способы санации, дренирования брюшной полости, послеоперационная интенсивная терапия. Прогноз. Реабилитация.
4. Аппендикулярный инфильтрат. Причины, клиника неосложненного и осложненного инфильтрата. Лечебно-диагностическая тактика. Методы лечения.
5. Пельвиоперитонит. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Причины, клиника, диагностика динамической, обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Лечебно-диагностическая тактика. Способы лечения.
7. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина слепободочной, подвздошно-ободочной, тонкокишечной инвагинации. Диагностика и дифференциальная диагностика инвагинации кишечника. Показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Методика консервативной дезинвагинации кишечника. Способы оперативного устранения инвагинации.
8. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Классификация. Особенности клинических проявлений локальной, септикопиемической формы остеомиелита. Особенности течения, диагностика и лечение у новорожденных и детей раннего возраста. Дифференциальная диагностика острого гематогенного остеомиелита. Комплексное лечение. Интенсивная терапия. Исходы: осложнения - септические, ранние и поздние ортопедические, их причина; летальность, инвалидность. Диспансерное наблюдение.
9. Особенности течения гнойно-септических заболеваний мягких тканей у детей: Лимфаденит и аденофлегмона. Мастит (возрастные особенности). Парaproктит. Фурункул, карбункул, флегмона. Некротическая флегмона новорожденных. Этиология. Особенности клинических проявлений. Дифференциальная диагностика. Комплексная терапия. Особенности оперативного лечения.

10. Гнойные заболевания пальцев и кисти у детей. Классификация. Этиология. Клинические проявления паронихии, подкожной, суставной, костной формы панариция, флегмон кисти. Лечебно-диагностическая тактика.
11. Анатомо-физиологические особенности нервной системы у детей. Особенности диагностики и лечения ЧМТ у детей. Особенности классификация ЧМТ у детей.
12. Скелетная травма в детском возрасте. Симптомы, характерные для диафизарных и внутрисуставных повреждений (в тазобедренном, коленном, голеностопном, плечевом, локтевом суставах). Методы диагностики, тактика лечения.
13. Анатомо-функциональные и гистологические особенности строения костей конечностей на разных уровнях, источники кровообращения. Типичные переломы детского возраста. Методы диагностики, тактика лечения.
14. Врожденные деформации нижних и верхних конечностей. Дисплазия тазобедренного сустава, врожденная косолапость, косоруконость, фокомелия.

### **Плановая хирургия с детской урологией**

1. Грыжи передней брюшной стенки – пупочные, белой линии живота. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Возрастные показания и способы оперативного лечения.
2. Паховые и пахово-мошоночные грыжи в детском возрасте. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания, сроки, способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.
3. Ущемленная паховая грыжа. Этиология. Патогенез. Виды ущемления. Клиника. Дифференциальная диагностика. Выбор метода лечения.
4. Водянка оболочек яичка и семенного канатика у детей. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания к оперативному лечению.
5. Хронический колостаз у детей. Классификация. Этиология, клинические проявления подострой и хронической форм болезни Гиршпрунга. Комплекс современной диагностики. Предоперационная подготовка. Способы оперативного лечения.
6. Доброкачественные новообразования мягких тканей. Клинические проявления и диагностика невуса, атеромы, липомы, фибромы. Лечение.
7. Гемангиомы кожи и подкожной клетчатки у детей. Классификация. Клиника. Понятие «опасная локализация» гемангиом. Диагностика. Осложнения. Обоснование выбора лечебной тактики. Современные методы лечения. Прогноз.
8. Лимфангиома у детей. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
9. Фимоз. Парафимоз. Баланопостит. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Экстренная помощь при острой задержке мочи. Методы лечения. Профилактика.
10. Аномалии развития и расположения яичка. Классификация. Клинические проявления. Осложнения. Современные методы диагностики и лечения. Междисциплинарная реабилитация и диспансеризация.
11. Крипторхизм. Классификация. Клиника, диагностика паховой эктопии, паховой и брюшной ретенции яичка. Осложнения. Показания, сроки и способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.

## Хирургия новорожденных

1. Организация хирургической помощи новорожденным с пороками развития. Значение антенатальной диагностики патологии плода, роль медико-генетических консилиумов. Ранжирование пороков развития по частоте встречаемости, вероятности полноценной коррекции, исходам и качеству жизни пациента и семьи.
2. Пороки развития пищевода, сопровождающиеся синдромом дыхательных расстройств: атрезия пищевода, трахеопищеводные свищи. Анатомические варианты. Клинические проявления. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения реанимации специализированного стационара. Предоперационная подготовка. Принципы оперативного лечения. Ведение ближайшего и отдаленного послеоперационного этапа.
3. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Особенности оперативного лечения. Осложнения. Прогноз.
4. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Врожденная непроходимость кишечника. Классификация. Клиника и диагностика высокой и низкой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика. Сроки и качество предоперационной подготовки. Выбор способа оперативной коррекции в зависимости от вида непроходимости кишечника. Осложнения. Принципы дальнейшей реабилитации.
5. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Аномалии прямой кишки и анального отверстия. Классификация. Клинические проявления свищевых и бессвищевых форм атрезии прямой кишки. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения хирургии новорожденных. Показания к экстренному и отсроченному оперативному лечению, способы этапной и одномоментной хирургической коррекции порока. Ближайшие и отдаленные осложнения. Реабилитация. Прогноз.
6. Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости. Гастрошизис. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Роль антенатальной диагностики. Клинические проявления порока. Понятие висцеро-абдоминальной диспропорции. Обоснование лечебной тактики. Сроки и способы коррекции аномалий.
7. Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости. Свищи пупка: свищи желточного и мочевого протоков. Этиология. Классификация. Клинические особенности. Осложнения. Диагностика. Лечение.
8. Пороки развития, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Врожденная лобарная эмфизема. Клинико-рентгенологическая картина. Врачебная тактика. Показания к предоперационной подготовке. Сроки и способы оперативной коррекции пороков. Послеоперационное ведение.
9. Аномалии развития почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры. Классификация. Методы обследования детей с пороками и заболеваниями мочевыделительной системы: функциональные, лучевые (рентгенологические, сонографические, радиоизотопные). Показания.
10. Врожденный гидронефроз. Роль антенатальной диагностики. Причины. Клинические проявления. Современная диагностика. Осложнения. Сроки и способы оперативной коррекции порока. Последующая реабилитация и диспансеризация.
11. Гипоспадия. Классификация. Клиника. Возрастные показания и способы оперативной коррекции порока. Прогноз репродуктивного здоровья
12. Некротический энтероколит новорожденных. Этиология. Классификация. Клинические проявления и диагностика перфорации желудочно-кишечного тракта. Оказание экстренной хирургической помощи (лапароцентез, лапаротомия). Осложнения. Послеоперационное лечение.

### **3. Технологии оценивания**

#### **3.1 Методика оценивания выполнения студентами учебно-исследовательской работы:**

Оценка за УИРС ставится в баллах (от 5 до 10 баллов) по следующим критериям:

- 10 баллов – работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС, изложена последовательно, грамотно. Подготовлена мультимедийная презентация. Работа доложена и обсуждена на занятии. Ответы на дополнительные вопросы верные, полные, четкие.
- 9 баллов – работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС, изложена последовательно, грамотно. Подготовлена мультимедийная презентация. Работа доложена и обсуждена на занятии. Ответы на дополнительные вопросы не четкие, со слабым теоретическим обоснованием.
- 8 баллов - работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС, изложена последовательно, грамотно. Подготовлена мультимедийная презентация, без выступления на занятии.
- 7 баллов - работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС, изложена последовательно, грамотно. Работа доложена без презентации и обсуждена на занятии по данной теме. Ответы на вопросы верные, полные, четкие.
- 6 баллов - работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС, изложена последовательно, грамотно. Работа доложена без презентации и обсуждена на занятии по данной теме. Ответы на дополнительные вопросы не четкие, со слабым теоретическим обоснованием.
- 5 баллов - работа выполнена в соответствии со всеми требованиями УИРС без презентации и доклада на занятии.

#### **3.2 Методика оценивания образовательных достижений, обучающихся по дисциплине. Правила формирования рейтинговой оценки обучающегося по дисциплине**

3.2.1 Настоящая Методика балльно-рейтинговой системы (БРС) оценивания учебных достижений студентов по рабочей программе дисциплине «Детская хирургия» разработана в соответствии с Положением о балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений студентов УГМУ, принятой на заседании Учёного совета 23.07.2017 г. (протокол № 124) и утверждённой приказом ректора от 01.07.2017 г. № 355-р. При разработке настоящей Методики учтены специфика учебных дисциплин, читаемых кафедрами, а также результаты внедрения БРС оценивания учебных достижений студентов по РПД «Детская хирургия» в 2017/2018 учебном году.

3.2.2 Кафедра исходит из того, что БРС оценивания учебных достижений является основой текущего и экзаменационного контроля знаний студентов всех форм обучения.

3.2.3 В соответствии с настоящей Методикой преподаватели кафедры оценивают знания студентов на каждом практическом занятии и в конце занятия информируют студентов о его результатах.

3.2.4 В соответствии с объемом и видом учебной работы (табл. 1) при реализации РПД «Детская хирургия» изучение материала проводится в 11 семестре на 6-ом курсе с освоением 3 дисциплинарных модулей и сдачей зачета в 11-ом семестре и получением зачета в 11 семестре.

3.2.5 На кафедре детской хирургии для преподавания РПД «Детская хирургия» на лечебно-

профилактическом факультете выделено 3 дисциплинарных модуля:

1. ДМ 1. Неотложная хирургия и травматология
2. ДМ 2. Плановая хирургия
3. ДМ 3. Хирургия новорожденных

3.2.6 Рейтинг студента по РПД «Детская хирургия» формируется в 11 семестре по обозначенным дисциплинарным модулям, в каждом из них 2 дидактические единицы.

3.2.7 Каждый ДМ заканчивается проведением рубежного контроля по заданиям, разработанным кафедрой, и выведением рейтинга студента по дисциплине в семестре.

3.2.8 После окончания предыдущего дисциплинарного модуля студент имеет право, при проведении преподавателем текущих консультаций, на добор баллов путём отработки пропущенных тем занятий, выполнения заданий по пропущенным рубежным контролям. В связи с этим, текущая рейтинговая оценка по предыдущему модулю может изменяться, и преподаватель вправе вносить в журнал текущей успеваемости соответствующие исправления с указанием даты и балла.

### **3.3. Общие вопросы определение рейтинга за семестр.**

За семестр студент может набрать от 40 до 80 баллов. Минимальное количество баллов для получения зачета за семестр 40 баллов. В каждом семестре баллы за лекционный курс оцениваются от 40 до 80 баллов и практические занятия от 40 до 80 баллов.

**Промежуточный рейтинг** за семестр формируется в баллах, как среднее значение суммы баллов за лекции и практические занятия.

$$\frac{\text{Лекции (40 – 80баллов)} + \text{практика(40 – 80баллов)}}{2} = \text{Промежуточный рейтинг (40 – 80 баллов)}$$

**Итоговый рейтинг** студента в баллах равен сумме баллов на зачетном занятии и баллов промежуточного рейтинга:

$$\text{Промежуточный рейтинг (40 – 80баллов)} + \text{зачет (10 – 20баллов)} = \text{Итоговый рейтинг (50 – 100)}$$

В каждом семестре количество баллов за одну лекцию и одно практическое занятие рассчитывается, исходя из их количества, и может варьировать в каждом семестре.

3.3.1 Определение рейтинга за лекции.

За посещение всех лекций в семестре выставляется максимальный рейтинговый балл – 80. Минимальный рейтинговый балл (40) студент получает за 75% посещенных лекций.

3.3.2 Определения рейтинга за практические занятия.

Присутствие и активность студента в учебном процессе на практических занятиях оценивается в рейтинговых баллах. Минимальное количество баллов (40) студент получает за посещения всех практических занятий за семестр. Для получения максимального количества баллов (80) необходимо дать развёрнутый устный ответ (собеседование), выполнить тест-контроль (исходящий) не менее, чем на 60% правильных ответов, продемонстрировать практический навык (сбор жалоб, анамнеза и осмотр детей и подростков, оценка лабораторных результатов, чтение рентгенограмм, интерпретация дополнительных методов исследования, постановка предварительного диагноза).

3.3.3 Повышение рейтингового балла.

Студент может (однократно по каждому дисциплинарному модулю) выполнить по согласованию с преподавателем УИРС, что оценивается максимально до 2 баллов. Тема доклада или реферата в обязательном порядке согласовывается с преподавателем.

3.3.4 Студент, имеющий рейтинг по дисциплине за 11 семестр от 40 до 80 баллов, считается допущенным к сдаче зачета.

Лекционный курс оценивается от 40 до 80 баллов, практические занятия (6 ДЕ) оцениваются от 40 до 80 баллов. Промежуточный рейтинг студента по дисциплине определяется как среднее значение с учетом баллов по лекциям и практическим занятиям.

3.3.5 Итоговый рейтинг (зачет) студента по дисциплине «детская хирургия» определяется в результате суммирования баллов промежуточного рейтинга за семестр и баллов зачетного занятия. На зачетном занятии оцениваются: 30 тестовых вопросов, билет из 2 вопросов для устного собеседования и одной задачи.

Для получения оценки «зачтено» студент должен набрать минимальное количество баллов – 10, максимальное количество баллов – 20.

3.3.6 Максимальный итоговый (зачет) рейтинг – 20 баллов, минимальный – 10 баллов. Менее 10 баллов – зачет не сдан.

**Распределение рейтинговых баллов по видам итогового контроля(зачет)  
по дисциплине «детская хирургия»**

Виды экзаменационного контроля		Количество рейтинговых баллов
Тест контроль (30 вопросов)	min	3
	max	5
Собеседование по билету	min	2
	max	10
Ситуационная задача	min	3
	max	5
Итого:	min	10
	max	20

**4. Критерии оценки, т.е. за что кафедра ставит «неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично». Уровни освоения компетенций.**

4.1. Итоговый рейтинг студента по учебной дисциплине определяется в результате суммирования рейтинговых баллов, набранных студентом в течение трех занятий (ДМ) (средний рейтинг), и рейтинговых баллов, полученных студентом по результатам зачета

4.2. Для перевода итогового рейтинга студента по дисциплине в аттестационную оценку (зачет) вводится следующая шкала:

**Схема перевода оценок по итоговому балльному рейтингу**

Рейтинг по 100-балльной шкале	Оценка по 5 – балльной шкале
88– 100 баллов	отлично
75– 87 баллов	хорошо
60 – 74 балла	удовлетворительно
0 – 59 баллов	неудовлетворительно

4.3. Полученная студентом аттестационная оценка (зачет) итоговый рейтинг (баллы) выставляется преподавателем в зачётную книжку студента.

4.4. Полученная студентом аттестационная оценка (зачет) и итоговый рейтинг (баллы) выставляются в экзаменационную ведомость.

4.5. Повторная аттестация по дисциплине проводится в случаях если:

- студент прошел аттестацию по дисциплине с оценкой "неудовлетворительно"
- студент не явился на аттестацию по неуважительной причине.

**Критерии оценки ответа на ситуационную задачу или задания для демонстрации практического умения, письменной контрольной работы, реферата**

«Отлично» – 5 баллов	Обучающийся демонстрирует глубокие знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ характеризуется полнотой раскрытия темы; владеет терминологическим аппаратом; ответ логичный и последовательный; умеет аргументировано объяснять сущность явлений, процессов, событий, анализировать, делать выводы и обобщения, приводить примеры; умеет обосновывать выбор метода решения проблемы, демонстрирует навыки ее решения
«Хорошо» – 4 балла	Обучающийся демонстрирует на базовом уровне знания основных процессов изучаемой предметной области, ответ характеризуется полнотой раскрытия темы; владеет терминологическим аппаратом; свободно владеет монологической речью, однако допускает неточности в ответе; умеет объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускает неточности в ответе; возникают затруднения в ответах на вопросы
«Удовлетворительно» – 3 балла	Обучающийся демонстрирует недостаточные знания для объяснения наблюдаемых процессов изучаемой предметной области, ответ характеризуется недостаточной полнотой раскрытия темы по основным вопросам теории и практики, допускаются ошибки в содержании ответа; обучающийся демонстрирует умение давать аргументированные ответы и приводить примеры на пороговом уровне
«Неудовлетворительно» – 2 балла	Обучающийся демонстрирует слабое знание изучаемой предметной области, отсутствует умение анализировать и объяснять наблюдаемые явления и процессы. Обучающийся допускает серьезные ошибки в содержании ответа, демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. У обучающегося отсутствует умение аргументировать ответы и приводить примеры.

## **5. Порядок и сроки добора баллов**

5.1. После подведения итогов текущего контроля знаний студентов и выставления рейтинга студенту по дисциплине в семестре данная информация доводится до сведения студентов на последнем практическом занятии, на информационном стенде кафедры, сайте УГМУ и т.п.

5.2. До начала экзаменационной сессии и до даты сдачи в деканат журнала посещаемости и текущей успеваемости студентов вправе добрать баллы до минимальной суммы рейтинговых баллов (40 рейтинговых баллов), при которой он может быть допущен к экзамену (зачёту).

5.3. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме тестового контроля знаний студентов, выполнения самостоятельной работы по заданию преподавателя, отработок пропущенных практических занятий и предоставления письменно выполненных заданий и/или собеседования.

5.4. Добор баллов путём отработки пропущенных тем практических занятий. Метод добора баллов за пропущенное практическое занятие по уважительной причине (если имеется соответствующая справка или иной другой документ, подтверждающий факт отсутствия) осуществляется на усмотрение преподавателя (курация больного ребенка, устный ответ, реферат по теме пропущенного занятия, написанный от руки, 5- 10 страниц со списком литературы). При пропуске занятий без уважительной причины отработка (добор баллов) с разрешением из деканата. Максимальный балл за отработку пропущенного занятия – 1 балл.

5.5. Добор баллов за пропущенные лекции осуществляется путем предоставления конспектов лекций, написанный от руки. Максимальный балл за отработку пропущенной лекции – 1 балл.

## **6. Заключительные положения**

6.1. Настоящая Методика вступает в силу с момента её утверждения на заседании кафедры детской хирургии.

6.2. Преподаватели, ведущие занятия по дисциплинам кафедры обязаны ознакомить студентов с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по РПД «Детская хирургия».

Настоящая «Методика балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по рабочей программе дисциплины «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ» на сайте образовательного портала на странице дисциплины.