

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.16 Детская хирургия
д.м.н., доцент Чепурной М.Г.

«18» июня 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность: 31.08.16 Детская хирургия
Направленность (профиль) программы Детская хирургия

**Блок 3
Базовая часть (Б3.Б.01)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024**

Рабочая программа ГИА «детская хирургия» разработана преподавателями кафедры детской хирургии и ортопедии в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.16 Детская хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 7 от 18 июня 2024г, и профессионального стандарта «Врач – детского хирурга», утвержденного приказом Минтруда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 134н)

Рабочая программа дисциплины (модуля) составлена:

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность, кафедра
1	Чепурной М.Г.	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой

Рабочая программа ГИА обсуждена и одобрена на заседании кафедры детская хирургия и ортопедия

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);

- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;

- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
- реабилитационная деятельность:**
- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
- психолого-педагогическая деятельность:**
- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- организационно-управленческая деятельность:**
- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями (УК):

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- ✓ готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями (ПК):

- ✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)

распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания **(ПК-1)**;

- ✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными **(ПК-2)**;
- ✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях **(ПК-3)**;
- ✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков **(ПК-4)**;
- ✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем **(ПК-5)**;
- ✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи **(ПК-6)**;
- ✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации **(ПК-7)**;
- ✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении **(ПК-8)**;
- ✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих **(ПК-9)**;
- ✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях **(ПК-10)**;
- ✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации **(ПК-12)**.

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.16 Детская хирургия

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.16 Детская хирургия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача – детского хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.16 Детская хирургия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.16 Детская хирургия

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.16 Детская хирургия

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.16 Детская хирургия путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется вопросом
1	1.Вентральная грыжа. Клиника, диагностика. Врачебная тактика, показания к хирургическому лечению.	ПК- 5,6,8
	2.У новорожденного после отпадения пуповины отделяется кишечное содержимое из пупка. О каком пороке	ПК- 1,2,5,6

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

	развития следует думать в данном случае? Какова должна быть лечебная тактика?	
2	1.Омфалоцеле. Классификация. Клиника, диагностика и принципы оперативной коррекции-пластика передней брюшной стенки.	ПК- 5,6
	2.У ребенка 7 лет сочетание бокового вывиха в локтевом суставе с переломом внутреннего надмыщелка. После вправления вывиха отломленный надмыщелок внедрился в локтевой сустав. Ваша дальнейшая лечебная тактика?	ПК- 1,2,5,6

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Общие принципы дифференциальной диагностики хирургических заболеваний у детей.
2. Особенности диагностики острых хирургических абдоминальных заболеваний (процессов) у детей младшего возраста.
3. Семиотика боли в животе при остром аппендиците у детей.
4. Семиотика рвоты при непроходимости желудочно-кишечного тракта у детей.
5. Причины и семиотика объемных образований в брюшной полости у детей при острой хирургической абдоминальной патологии.
6. Местные симптомы острого аппендицита и факторы, влияющие на вероятность их выявления у детей.
7. Клиническая картина острого аппендицита при медиальном расположении червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика.
8. Особенности клиники и течения острого аппендицита у детей младшего возраста, дифференциальная диагностика.
9. Особенности диагностики острого аппендицита у детей младшего возраста.
10. Дифференциальная диагностика острого деструктивного аппендицита у детей младшего возраста.
11. Перитонит у детей. Причины. Классификация. Основные элементы патогенеза.

12. Первичный перитонит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
13. Перфорация язвы желудка, двенадцатиперстной кишки у детей. Клиника и дифференциальная диагностика.
14. Классификация острой приобретенной непроходимости кишечника. Клиническое значение.
15. Острая спаечная непроходимость кишечника. Клиническая картина. Диагностика, тактика и лечение.
16. Динамическая кишечная непроходимость. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы декомпрессии кишечника при лечении непроходимости. Показания и техника интубации кишечника.
17. Дифференциальная диагностика механической и функциональной кишечной непроходимостью.
18. Илеоцекальная инвагинация у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика. Методы лечения.
19. Ущемленная паховая грыжа. Диагностика. Дифференциальная диагностика, осложнения. Хирургическая тактика у детей.
20. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Классификация. Диагностика и тактика. Методы лечения.
21. Повреждения грудной клетки, классификация. Клиническая картина. Врачебная тактика
22. Синдром внутригрудного напряжения у детей. Этиология. Патогенез.
23. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Методы лечения.
24. Травматические повреждения живота. Классификация. Клинические синдромы повреждений органов живота.
25. Виды травматических повреждений желудочно-кишечного тракта. Клиническая картина разрыва желудка, различных анатомических отделов кишечника.
26. Травматические повреждения селезенки у детей. Классификация. Местные и общие симптомы изолированного разрыва селезенки. Хирургическая тактика.
27. Классификация травматических повреждений печени. Механизмы травмы и клиническая картина изолированного разрыва печени.
28. Механизмы и клинические признаки травматического повреждения поджелудочной железы. Дифференциальная диагностика. Лечение.

- 29.Классификация, этиология, патогенез острого панкреатита и кист поджелудочной железы. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Методы лечения.
- 30.Острый холецистит. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Лечение.
- 31.Желчекаменная болезнь у детей. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Лечение
- 32.Химический ожог пищевода у детей. Классификация. Причины и профилактика.
- 33.Клиническая картина химического ожога пищевода, неотложная помощь, лечение.
- 34.Рубцовый стеноз пищевода у детей. Диагностика, методы лечения.
- 35.Термические ожоги. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, первая помощь. Методы лечения.
- 36.Термические повреждения кожи. Классификация. Основы противошоковой терапии. Лечение термических ожогов кожи.
- 37.Переломы и вывихи костей предплечья. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 38.Переломы и вывихи плечевой кости. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 39.Переломы и вывихи бедра. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 40.Переломы костей таза. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 41.Повреждения коленного сустава. Переломы костей голени и голеностопного сустава. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 42.Врожденные заболевания и деформация верхней конечности у детей.
- 43.Классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 44.Врожденный вывих бедра. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина у новорожденных и детей старшего возраста. Диагностика. Методы лечения.
- 45.Врожденная косолапость. Врожденная кривошея. Этиология. Патогенез.
- 46.Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 47.Диспластические деформирующие коксартрозы у детей. Этиология.
- 48.Патогенез. Патологическая анатомия в зависимости от стадии развития болезни. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. Реабилитация и диспансерное наблюдение.
- 49.Нарушения осанки. Сколиотическая болезнь. Этиология. Патогенез.
- 50.Синдактилия. Классификация и диагностика. Оптимальный возраст для хирургического лечения.

- 51.Опухоли костей у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных опухолей. Методы лечения. Медицинская и социальная реабилитация.
- 52.Опухоли органов брюшной полости. Классификация. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 53.Нейрогенные опухоли у детей. Классификация. Этиология. Патогенез.
- 54.Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 55.Злокачественные лимфомы у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 56.Классификация терминальных состояний. Патолофизиологические сдвиги и симптомы при терминальных состояниях
- 57.Экстрофия мочевого пузыря. Классификация. Клиническая картина. Методы обследования. Принципы оперативного лечения.
- 58.Аномалии почек. Классификация. Клиническая картина, диагностика. Лечение.
- 59.Расстройства мочеиспускания у детей и их причины. Острая задержка мочеиспускания: первая помощь, виды катетеров. Методика катетеризации мочевого пузыря у мужчин и женщин.
- 60.Синдром «острой мошонки» у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Врачебная тактика и методы лечения.
- 61.Крипторхизм. Диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
- 62.Острый пиелонефрит первичный и вторичный. Клиническая картина, диагностика и лечение в зависимости от вида и стадии. Осложнения.
- 63.Гематурия: виды, причины возникновения, диагностическая и лечебная тактика врача.
- 64.Водянка оболочек яичка, клиника и дифференциальная диагностика. Врачебная тактика у детей.
- 65.Причины, клиника, диагностика травмы почки и травматических повреждений органов мочевыделительной системы.
- 66.Нефробластома (опухоль Вильмса). Клиника, дифференциальная диагностика и тактика.
- 67.Срединные, боковые кисты и свищи шеи. Диагностика. Хирургическое лечение.
- 68.Гемангиома кожи. Классификация, диагностика и тактика. Методы лечения.

- 69.Пигментный невус. Классификация, клиническая картина, дифференциальная диагностика и тактика.
- 70.Лимфангиома. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика. Врачебная тактика.
- 71.Дифференциальная диагностика опухолевидных образований подчелюстной области у детей.
- 72.Врожденная патология влагалищного отростка брюшины (Нуккиева дивертикула). Диагностика и дифференциальная диагностика.
- 73.Синдром портальной гипертензии у детей. Патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.
- 74.Пищеводно-желудочного кровотечения при синдроме портальной гипертензии у детей. Клиника и диагностика, лечение.
- 75.Мегаколон у детей. Классификация. Тактика и методы лечения при функциональном мегаколон (синдром хронического копростаз).
- 76.Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Клиническая картина и методы обследования. Лечение.
- 77.Предоперационное лечение при болезни Гиршпрунга. Методика, опасности и осложнения сифонной клизмы.
- 78.Выпадение прямой кишки у детей. Причины, классификация, тактика и методы лечения. Профилактика.
- 79.Полипоз кишечника: синдромы Пейтца-Йегерса, Гарднера, ювенильные полипы прямой кишки. Диагностика, тактика, лечение.
- 80.Наружные кишечные свищи. Этиология. Патогенез.
- 81.Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
- 82.Фурункул, абсцесс, флегмона, аденофлегмона у детей. Клиническая картина, диагностика и лечение.
- 83.Хирургические осложнения острой пневмонии. Виды осложнений, клиническая картина, диагностика. Лечение.
- 84.Пиопневмоторакс при деструктивных пневмониях. Клиническая картина и рентгенологические признаки. Хирургическая тактика.
- 85.Схема устройств пассивной(по Бюлау) и активной аспирации при напряженном пиопневмотораксе. Показания к применению.
- 86.Панариций. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
- 87.Парапроктит, параректальные свищи. Классификации. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 88.Острый гематогенный остеомиелит. Классификация. Клиническая картина при поражении длинной трубчатой кости. Методы ранней диагностики.

89. Острый гематогенный остеомиелит. Семиотика местных симптомов у детей старшего возраста. Лечение
90. Острый гематогенный остеомиелит. Клиническая картина при поражении шейки бедренной кости. Методы ранней диагностики, дифференциальная диагностика.
91. Сакроилеит у детей старшего возраста. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Методы лечения
92. Острый гематогенный остеомиелит у детей раннего возраста. Особенности клинических проявлений и течения заболевания. Диагностика. Лечение.
93. Первично-хронический остеомиелит у детей. Классификация, дифференциальная диагностика. Лечение
94. Вторично-хронический гематогенный остеомиелит. Лечение.
95. Гнойный мастит у новорожденных. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Врачебная тактика. Лечение.
96. Гнойный омфалит. Классификация, местные симптомы, дифференциальная диагностика. Лечение.
97. Некротическая флегмона у новорожденных. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Врачебная тактика. Лечение.
98. Некротический энтероколит у новорожденных. Диагностика. Хирургические осложнения, тактика и лечение.
99. Сепсис новорожденных (хирургические причины). Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
100. Перитонит у новорожденных. Причины, клиника, диагностика и лечение.
101. Врожденные пороки развития лёгких. Клиника, диагностика.
102. Хирургические причины и дифференциальная диагностика острой дыхательной недостаточности у новорожденных.
103. Врожденная лобарная эмфизема у новорожденного. Клиника, диагностика и тактика.
104. Врожденная диафрагмальная грыжа. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика при ложной диафрагмальной грыже. Хирургическое лечение.
105. Гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь. Клиника и диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции.
106. Врожденные аномалии пищевода. Классификация по Гроссу. Клиника и диагностика атрезии пищевода. Лечение.

107. Врожденный пилоростеноз клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Этиология и лабораторные признаки гидроидного дисбаланса при врожденном пилоростенозе. Лечение.
108. Омфалоцеле. Классификация. Клиника. Хирургическая тактика.
109. Гастрошизис. Клиническая картина. Лечение.
110. Врожденная кишечная непроходимость тонкой кишки. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. У новорожденного после отпадения пуповины отделяется кишечное содержимое из пупка.
 - a. О каком пороке развития следует думать в данном случае?
 - b. Какова должна быть лечебная тактика?
2. В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст., живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогах частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
3. На прием к ортопеду обратилась мать с ребенком 3-х лет, у которого обе стопы в положении эквинуса, приведения передних отделов, на наружных поверхностях стоп «натоптыши». При попытке вывести стопу в нормальное положение, коррекция руками не возможна. Движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
4. У новорожденного сразу после рождения (роды без патологии) нарастают явления дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия.
 - a. Перечислите заболевания новорожденных, сопровождающиеся синдромом дыхательной недостаточности?
 - b. Назначьте оптимальный план обследования.
5. У мальчика 4 месяцев отмечено отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они по ходу паховых каналов. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, мошонка гипоплазирована.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
6. Новорожденный (мал.) При первичном осмотре отмечено, что правая стопа согнута, повернута внутрь, дистальный отдел приведен. Руками деформация стопы не устраняется.

- а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
7. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягкоэластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость, с урчанием. При беспокойстве ребенка образование появляется вновь. Пальпаторно правое паховое кольцо расширено.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
8. Мама мальчика С., 4 лет, обратилась на прием к врачу-хирургу после того, как во время вечернего купания заметила увеличение правой половины мошонки, при пальпации безболезненное. Утром, со слов матери, мошонка справа значительно уменьшилась в размерах.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
9. Больной И., 10 лет, доставлен в клинику детской хирургии с жалобами на тошноту, однократную рвоту, боли в низу живота справа и в яичке, усиливаются при ходьбе. При осмотре выявлены умеренные отек и гиперемия правой половины мошонки. Яичко на месте, при пальпации не увеличено, у верхнего полюса определяется болезненное плотное образование размерами с горошину. Пальпация пахового канала и живота безболезненна.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
10. Новорожденный (дев.) При первичном осмотре отмечено, что левая стопа согнута, повернута внутрь, дистальный отдел приведен. Руками деформация стопы не устраняется.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
11. У ребенка сразу после рождения отмечаются периодические приступы дыхательной недостаточности, усиливающиеся после кормления. Обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки за счет выбухания межреберных промежутков слева. Брюшная полость маленькая, живот ладьевидный.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
12. У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается.
 - а. О каком возникшем осложнении следует думать?
 - б. Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?
13. У ребенка 9 лет клинически и рентгенологически выявляется изолированный перелом диафиза локтевой кости в средней трети с угловым смещением отломков.
 - а. О каком возможном комбинированном повреждении следует подумать в данном случае?
 - б. Каковы особенности клинического и рентгенологического исследования?
14. У ребенка 7 лет сочетание бокового вывиха в локтевом суставе с переломом внутреннего надмыщелка. После вправления вывиха отломленный надмыщелок внедрился в локтевой сустав.
 - а. Ваша дальнейшая лечебная тактика?
15. У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается.
 - а. О каком возникшем осложнении следует думать?
 - б. Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?
16. У ребенка 5 лет закрытый надмыщелковый косой перелом плеча с угловым ротационным смещением отломков, а также их смещением по длине. Одномоментная закрытая репозиция под наркозом оказалась безуспешной.
 - а. Какова должна быть дальнейшая тактика лечения?
17. У новорожденного на 2-е сутки после отпадения пуповины из пупка появились пролабирование слизистой на протяжении 3 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.
 - а. О каком заболевании и осложнении можно думать?
 - б. Какова должна быть хирургическая тактика?
18. У ребенка 8 мес. имеются постоянные выделения из пупка прозрачной жидкости, усиливающиеся при акте мочеиспускания.
 - а. О каком пороке развития следует думать?
 - б. План обследования и лечения?
19. В клинику доставлен новорожденный через 6 час. после рождения. Врачей родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых, вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные

- покровы бледные, пульс 180 в мин., слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогих частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь.
- а. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?
 20. В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отверстия уретры. При катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча.
 - а. Какой аноректальный порок развития в данном случае?
 - б. Особенности хирургической тактики?
 21. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.
 - а. Каков предположительный диагноз и лечебная тактика?
 22. У новорожденного имеется атрезия анального отверстия.
 - а. Какие дополнительные исследования необходимы и какие диагностические и тактические задачи они должны разрешить?
 23. У новорожденного сразу после рождения (роды без патологии) нарастают явления дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия.
 - а. Перечислите заболевания новорожденных, сопровождающиеся синдромом дыхательной недостаточности?
 24. У ребенка 2-х дней рвота после каждого кормления с примесью желчи. На обзорной рентгенограмме определяется 2 горизонтальных уровня жидкости, дважды был только меконеальный стул.
 - а. Какой предположительный диагноз?
 - б. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - с. Какова лечебная тактика?
 25. У ребенка в первые сутки после рождения нарастают явления дыхательной недостаточности. Роды протекали без осложнений. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, выраженная одышка, цианоз, тахикардия. Перкуторно определяется смещение органов средостения влево; слева – обычный легочный звук, справа- над всем легочным полем тимпанит. При аускультации слева дыхание пуэрильное справа- резко ослаблено.
 - а. О каком или каких заболеваниях следует подумать?
 - б. Какие необходимы дополнительные исследования?
 - с. Лечебная тактика?
 26. Мама мальчика С., 4 лет, обратилась на прием к врачу-хирургу после того, как во время вечернего купания заметила увеличение правой половины мошонки, при пальпации безболезненное. Утром, со слов матери, мошонка справа значительно уменьшилась в размерах.
 - а. Какой предположительный диагноз?
 - б. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - с. Какова лечебная тактика?
 27. У ребенка сразу после рождения отмечаются периодические приступы дыхательной недостаточности, усиливающиеся после кормления. Обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки за счет выбухания межреберных промежутков слева. Брюшная полость маленькая, живот ладьевидный.
 - а. Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?
 28. Вас вызвали на консультацию в роддом к новорожденному ребенку. При осмотре вы выявили отсутствие анального отверстия, в преддверии влагалища имеется свищ, свободно пропускающий катетер диаметром 0,7 см. Через свищ отходят кал и газы. Состояние ребенка вполне удовлетворительное, живот не вздут.
 - а. Сформулируйте диагноз, лечебную тактику?
 29. Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм\час.
 - а. Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?
 30. Ребенок 3 лет упал, попав передней брюшной стенкой на острый край разбитой бутылки. При поступлении в эпигастральную область имеется резаная рана размером 2 см, из которой пролабируется сальник. Живот мягкий при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. С момента травмы прошло 30 мин.
 - а. Какова должна быть тактика хирурга?
 31. В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст., живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогих частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
 32. В приемное отделение доставлена девочка 7 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий при пальпации, анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

- а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
33. У ребенка 5 лет закрытый надмыщелковый косой перелом плеча с угловым ротационным смещением отломков, а также их смещением по длине. Одномоментная закрытая репозиция под наркозом оказалась безуспешной.
 - а. Какова должна быть дальнейшая тактика лечения?
34. Ребенок 3 года полгода назад был оперирован по поводу гангренозноперфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37.5, язык суховат, пульс 100 в мин., живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
35. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.
 - а. Какова должна быть дальнейшая хирургическая тактика?
36. В приемное отделение поступил ребенок 8 мес. с жалобами на наличие опухолевидного образования внизу живота. Между пупком и лоном определяется округлое, диаметром 3 сантиметра подвижное опухолевидное образование в толще передней брюшной стенки. Из анамнеза известно, что после отпадения пуповины на протяжении месяца отделялась прозрачная жидкость из пупка.
 - а. Какова должна быть дальнейшая хирургическая тактика?
37. Во время операции по поводу врожденного пилоростеноза после пилоротомии отмечено выделение пузырьков газа из раны пилоруса.
 - а. О каком осложнении следует думать?
 - б. Какова должна быть дальнейшая хирургическая тактика?
38. У ребенка 2 мес., оперированного по поводу врожденного пилоростеноза, через 4 часа после операции внезапно ухудшилось состояние: появилась бледность кожных покровов и слизистых, тахикардия, снижение АД. Живот умеренно вздут, отмечена тупость перкуторного звука в отлогах местах живота, прогрессивно нарастающее падение количества эритроцитов в крови и гемоглобина.
 - а. О каком осложнении следует думать?
 - б. Какова должна быть лечебная тактика?
39. У ребенка 6 мес. имеются постоянные выделения из пупка прозрачной жидкости, усиливающиеся при акте мочеиспускания.
 - а. О каком пороке развития следует думать?
 - б. План обследования и лечения?
40. Больной И., 10 лет, доставлен в клинику детской хирургии с жалобами на тошноту, однократную рвоту, боли в низу животу справа и в яичке, усиливаются при ходьбе. При осмотре выявлены умеренные отек и гиперемия правой половины мошонки. Яичко на месте, при пальпации не увеличено, у верхнего полюса определяется болезненное плотное образование размерами с горошину. Пальпация пахового канала и живота безболезненна.
 - а. Какова должна быть дальнейшая хирургическая тактика?
41. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягкоэластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость, с урчанием. При беспокойстве ребенка образование появляется вновь. Пальпаторно правое паховое кольцо расширено.
 - а. Какой предположительный диагноз?
 - б. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - с. Какова лечебная тактика?
42. Ребенок 6 лет упал, попав передней брюшной стенкой на острый край разбитой бутылки. При поступлении в эпигастральную область имеется резаная рана размером 2 см, из которой пролабируется сальник. Живот мягкий при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. С момента травмы прошло 30 мин.
 - а. Какова должна быть тактика хирурга?
43. Мама мальчика С., 5 лет, обратилась на прием к врачу-хирургу после того, как во время вечернего купания заметила увеличение правой половины мошонки, при пальпации безболезненное. Утром, со слов матери, мошонка справа значительно уменьшилась в размерах.
 - а. Какой предположительный диагноз?
 - б. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - с. Какова лечебная тактика?
44. В приемное отделение доставлен ребенок 8 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуетесь на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст., живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогах частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.
 - а. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

45. Больная, 13 лет, поступила в детское хирургическое отделение в тяжелом состоянии. Известно, что девочка каталась на лыжах, при падении ударилась животом о пень. При поступлении состояние тяжелое. Бледная, пульс 97 ударов в минуту, среднего наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 25 в 1 мин. Живот вздут, брюшная стенка напряжена. Больше справа. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, френрикус- симптом. Перистальтика кишечника едва прослушивается. Перкуторно притупление в отлогах местах.
 - a. Какой предположительный диагноз?
 - b. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - c. Какова лечебная тактика?
46. У новорожденного после отпадения пуповины отделяется кишечное содержимое из пупка.
 - a. О каком пороке развития следует думать в данном случае?
 - b. Какова должна быть лечебная тактика?
47. В приемное отделение доставлен ребенок 6 лет. Полчаса назад сбит автомобилем. Жалуется на боли в животе, бледный, пульс 140 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст., живот слегка вздут, болезненный при пальпации, особенно в левом подреберье, перкуторно определяется притупление в отлогах частях живота, выражены симптомы раздражения брюшины по всему животу; мочился самостоятельно, моча чистая.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
48. На прием к ортопеду обратилась мать с ребенком 3-х лет, у которого обе стопы в положении эквинуса, приведения передних отделов, на наружных поверхностях стоп «натоптыши». При попытке вывести стопу в нормальное положение, коррекция руками не возможна. Движения в голеностопном суставе и стопе резко ограничены.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
49. У новорожденного сразу после рождения (роды без патологии) нарастают явления дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия.
 - a. Перечислите заболевания новорожденных, сопровождающиеся синдромом дыхательной недостаточности?
 - b. Назначьте оптимальный план обследования.
50. У мальчика 5 месяцев отмечено отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они по ходу паховых каналов. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, мошонка гипоплазирована.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
51. Новорожденный (мал.) При первичном осмотре отмечено, что правая стопа согнута, повернута внутрь, дистальный отдел приведен. Руками деформация стопы не устраняется.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
52. У мальчика 2 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягкоэластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость, с урчанием. При беспокойстве ребенка образование появляется вновь. Пальпаторно правое паховое кольцо расширено.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
53. Мама мальчика С., 5 лет, обратилась на прием к врачу-хирургу после того, как во время вечернего купания заметила увеличение правой половины мошонки, при пальпации безболезненное. Утром, со слов матери, мошонка справа значительно уменьшилась в размерах.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
54. Больной И., 11 лет, доставлен в клинику детской хирургии с жалобами на тошноту, однократную рвоту, боли в низу животу справа и в яичке, усиливаются при ходьбе. При осмотре выявлены умеренные отек и гиперемия правой половины мошонки. Яичко на месте, при пальпации не увеличено, у верхнего полюса определяется болезненное плотное образование размерами с горошину. Пальпация пахового канала и живота безболезненна.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
55. Новорожденный (дев.) При первичном осмотре отмечено, что левая стопа согнута, повернута внутрь, дистальный отдел приведен. Руками деформация стопы не устраняется.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
56. У ребенка сразу после рождения отмечаются периодические приступы дыхательной недостаточности, усиливающиеся после кормления. Обращает на себя внимание асимметрия грудной клетки за счет выбухания межреберных промежутков слева. Брюшная полость маленькая, живот ладьевидный.
 - a. Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?
57. У ребенка 5 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается.
 - a. О каком возникшем осложнении следует думать?
 - b. Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?

58. У ребенка 9 лет клинически и рентгенологически выявляется изолированный перелом диафиза локтевой кости в средней трети с угловым смещением отломков.
 - a. О каком возможном комбинированном повреждении следует подумать в данном случае?
 - b. Каковы особенности клинического и рентгенологического исследования?
59. У ребенка 7 лет сочетание бокового вывиха в локтевом суставе с переломом внутреннего надмыщелка. После вправления вывиха отломленный надмыщелок внедрился в локтевой сустав.
 - a. Ваша дальнейшая лечебная тактика?
60. У ребенка 3 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается.
 - a. О каком возникшем осложнении следует думать?
 - b. Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?
61. У ребенка 5 лет закрытый надмыщелковый косой перелом плеча с угловым ротационным смещением отломков, а также их смещением по длине. Одномоментная закрытая репозиция под наркозом оказалась безуспешной.
 - a. Какова должна быть дальнейшая тактика лечения?
62. У новорожденного на 3-е сутки после отпадения пуповины из пупка появились пролабирование слизистой на протяжении 4 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.
 - a. О каком заболевании и осложнении можно думать?
 - b. Какова должна быть хирургическая тактика?
63. У ребенка 7 мес. имеются постоянные выделения из пупка прозрачной жидкости, усиливающиеся при акте мочеиспускания.
 - a. О каком пороке развития следует думать?
 - b. План обследования и лечения?
64. В клинику доставлен новорожденный через 6 час. после рождения. Врачей родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых, вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 180 в мин., слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогах частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь.
 - a. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?
65. В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отверстия уретры. При катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча.
 - a. Какой аноректальный порок развития в данном случае?
 - b. Особенности хирургической тактики?
66. У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.
 - a. Каков предположительный диагноз и лечебная тактика?
67. У новорожденного имеется атрезия анального отверстия.
 - a. Какие дополнительные исследования необходимы и какие диагностические и тактические задачи они должны разрешить?
68. У новорожденного сразу после рождения (роды без патологии) нарастают явления дыхательной недостаточности: одышка, цианоз, тахикардия.
 - a. Перечислите заболевания новорожденных, сопровождающиеся синдромом дыхательной недостаточности?
69. У ребенка 2-х дней рвота после каждого кормления с примесью желчи. На обзорной рентгенограмме определяется 2 горизонтальных уровня жидкости, дважды был только меконеальный стул.
 - a. Какой предположительный диагноз?
 - b. Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?
 - c. Какова лечебная тактика?
70. У ребенка в первые сутки после рождения нарастают явления дыхательной недостаточности. Роды протекали без осложнений. Состояние ребенка прогрессивно ухудшается, выраженная одышка, цианоз, тахикардия. Перкуторно определяется смещение органов средостения влево; слева – обычный легочный звук, справа – над всем легочным полем тимпанит. При аускультации слева дыхание пуэрильное справа – резко ослаблено.
 - a. О каком или каких заболеваниях следует подумать?
 - b. Какие необходимы дополнительные исследования?
 - c. Лечебная тактика?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в			
Отметка	содержании ответа		Дескрипторы	
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

1. Детская хирургия : учеб, для студ. вузов / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015 - 1040 с.
2. Детская хирургия : учеб. / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского.-М.:ГЭОТАР-Медиа,2016-1040с.

Дополнительная литература

3. Хирургические болезни : учеб. / под ред. Ю.В. Таричко. - М.: МИА, 2017 - 784 с.
4. Неотложная хирургия детского возраста: учеб, пособие для студ. вузов / М. П. Разин, С. В. Минаев, В. А. Скобелев, Н. С. Стрелков. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 328 с.
5. Хирургия живота и промежностей у детей. Атлас / под ред. А.В.Гераськина, А.Н. Смирнова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018 - 508 с. 8 Леванович, В.В.
6. Александрович Ю.С. Неотложная педиатрия: учеб. пособие / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев, К.В. Пшениснов. - СПб.: СпецЛит, 2010. – 568 с.
7. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: Атлас / под ред. А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 260 с.
8. Рентгенодиагностика сколиотических деформаций позвоночника: учебное пособие / сост.: М.В. Бабаев, Г.П. Волков, А.И. Лукаш. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2019. – 56 с.
9. Атлас по детской урологии / Т.Н. Куликова, П.В. Глыбочко, Д.А. Морозов и др. – М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2019. – 160 с.
- 10.Разин М.П. Детская урология-андрология: учеб. пособие / М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. - М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2019. – 127 с.
11. Сажин В. П., Эндоскопическая абдоминальная хирургия - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -512 с. (Библиотека врача-специалиста. Хирургия)
12. Подкаменев В. В. Хирургические болезни детского возраста: учеб. пособие для мед. вузов/ В.В. Подкаменев. – М.: Медицина, 2015. - 240 с.
13. Детская онкология: нац. рук./под ред. М.Д.Алиева, В.Г.Полякова, Г.Л.Менткевича и др.; ФГБУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина» РАМН; НИИ детской онкологии и гематологии. – М.: Издат. группа РОНЦ, 2017. – 684 с.
14. Травматология: нац. рук. с компакт-диском/гл. ред. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2018. – 808 с.
15. Ортопедия: нац. рук. с компакт-диском/гл. ред. Г.П.Котельников, С.П.Миронов. – М.: ГЭОТАРМедиа.- 2018. – 832 с. 5. Детская анестезиология и реаниматология/ В.А. Михельсон, В.А. Грибенников - М.: Медицина, 2001.
- 16.Детская хирургия. Клинические разборы: рук./ под ред А.В.Гераськина. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 216 с.
- 17.Подкаменев В.В. Хирургические болезни у детей: учеб. для вузов/ – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012 – 432 с.
- 18.Детская урология-андрология: учеб.пособие/М.П.Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих 2016.- 128с.

19. Пугачёв. А.Г. Детская урология/ Руководство для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 832 с.
20. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: атлас/А.Ф.Дронов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018 – 260с

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Образец эталона ответа на государственном экзамене:

1. Острый аппендицит. Особенности клиники и течения острого аппендицита у детей.

В зависимости от характера воспалительного процесса различают следующие формы острого аппендицита: острый простой (катаральный) аппендицит, флегмонозный, гангренозный. Каждая из перечисленных форм заболевания имеет свои морфологические и клинические отличия. Отдельно выделяют эмпиему червеобразного отростка.

Ведущими в диагностике острого аппендицита у детей, как, впрочем, и у взрослых; остаются симптомы перитонеальной триады: болезненность, напряжение брюшной стенки и симптом Щеткина - Блюмберга.

У детей первых 3 лет жизни наблюдаются две важные особенности течения острого аппендицита: преобладание общих симптомов над местными и быстрый переход воспаления с собственно червеобразного отростка на окружающую брюшину. У маленьких детей многие заболевания начинаются общей симптоматикой (вялость или беспокойство, рвота жидкий стул, высокая до 40°C температура боли в животе). Обычно они отказываются от еды и лежат на правом боку с подтянутыми к животу ногами. Интоксикация проявляется бледностью и цианозом кожных покровов, слизистых оболочек, тахикардией, значительным расхождением пульса и температуры.

У детей острые процессы в животе и экстраабдоминальные заболевания часто сопровождаются выраженной общей реакцией и брюшной симптоматикой (температура, метеоризм, рвота, боли в животе, напряжение брюшной стенки, задержка стула и газов Поэтому у них широко используют бимануальную пальпацию - одновременно через прямую кишку и брюшную стенку, что особенно ценно у детей младшего возраста.

2. Ситуационная задача:

Больной И., 10 лет, доставлен в клинику детской хирургии с жалобами на тошноту, однократную рвоту, боли в низу животу справа и в яичке, усиливаются при ходьбе. При осмотре выявлены умеренные отек и гиперемия правой половины мошонки. Яичко на месте, при пальпации не увеличено, у верхнего полюса определяется болезненное плотное образование размерами с горошину. Пальпация пахового канала и живота безболезненна.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

Ответ:

1. Некроз гидатиды яичка (или гидатиды Морганьи)
2. На мошонке через кожный разрез выполняется доступ к предполагаемой перекрученной гидатиде. В оболочках яичка обнаруживают выпот – серозный, геморрагический или мутный в зависимости от стадии заболевания и присоединения инфекции. Видоизмененную гидатиду иссекают, лигировав предварительно ее ножку. Неизмененные гидатиды удаляют с профилактической целью. Проводят тщательный гемостаз. На кожу мошонки накладывают саморассасывающиеся узловы швы.

После операции назначается противовоспалительная терапия, при необходимости антибактериальная.

3. Гастрошизис. Клиническая картина. Лечение.

Гастрошизис, или внутриутробная эвентрация внутренних органов, — тяжёлый порок развития, характеризующийся дефектом передней брюшной стенки не более 2—3 см в диаметре. Этот дефект почти всегда локализуется справа от пуповины, причём пуповина выходит нормально. Грыжевой мешок никогда не образуется. Через дефект в передней брюшной стенке выпадает короткий, не совершивший поворот отдел средней кишки, кровоснабжаемый верхней брыжеечной артерией. Кишка короче обычной и в 3-4 раза больше в диаметре, стенки кишки отёчные, серозные оболочки мутные, отмечают признаки внутриутробного перитонита.

При осмотре ребёнка обнаруживают кишечные петли с утолщённой стенкой, увеличенные в диаметре, часто спаянные друг с другом (рис. 5-6). Отёку кишечной стенки способствуют сдавление её узкими краями дефекта брюшной стенки, нарушение венозного и лимфатического оттока. Просвет кишки заполнен густым и вязким ме-конием. Брюшная полость резко недоразвита.

При прохождении плода по родовым путям эвентрированные внутренние органы подвергаются дополнительным повреждениям (кровоизлияния, разрывы, инфицирование). Тяжесть состояния новорождённых после рождения обусловлена болевым (перитонеальным) шоком и анурией.

Лечение, сразу после рождения ребёнка выпавшие внутренние органы необходимо погрузить в стерильный пластиковый пакет, провести противошоковые мероприятия, ввести антибактериальные препараты. Оперативное вмешательство проводят после выведения ребёнка из Шока и восстановления диуреза.

Сложность хирургического лечения заключается в том, что резко недоразвитая брюшная полость часто не в состоянии вместить отёчные и утолщённые кишечные петли. В связи с этим, если удаётся, над внутренними органами ушивают растянутую брюшную стенку либо накрывают кишечные петли стерильным пластиковым пакетом, фиксированным в брюшной полости металлическим кольцом. В послеоперационном периоде проводят постепенное вправление внутренних органов с перевязкой пластикового пакета от дна. После того как все органы погружены в брюшную полость, производят отсроченную пластику брюшной стенки. В связи с трофическими расстройствами и текущим перитонитом длительно не налаживается пассаж пищи по кишечнику, требуются рациональное парентеральное питание и интенсивная терапия.

1. Ситуационная задача:

У ребенка 8 мес. имеются постоянные выделения из пупка прозрачной жидкости, усиливающиеся при акте мочеиспускания.

О каком пороке развития следует думать?

План обследования и лечения?

Ответ:

1. Следует думать о полном свище мочевого протока. Для подтверждения диагноза необходимо ввести синьку в мочевой пузырь, выделение ее из пупка подтвердит правильность диагноза.
2. Целесообразна фистулоцистография. Лечение оперативное – иссечение необлитерированного протока.