

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

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

Кафедра детской хирургии и ортопедии

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н., доц. Чепурной М.Г.
«18» июня 2024г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

«Детская хирургия»

**основной образовательной программы высшего образования -
программы ординатуры**

Специальность 31.08.16 Детская хирургия

Направленность (профиль) программы детская хирургия

Обязательная часть (Б1.О.01)

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024г.**

Рабочая программа дисциплины (модуля) «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 № 1058 от 25 августа 2014г, 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 дисциплины (модуля) обсуждена и одобрена на заседании кафедры детская хирургия и ортопедия

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Цели освоения дисциплины: подготовка квалифицированного врача детского хирурга, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

Задачи:

- ~ Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с применением оперативных методов лечения пациентам с детской хирургической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- ~ Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с применением оперативных методов лечения пациентам с травматолого-ортопедической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- ~ Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с применением консервативных методов лечения пациентам с детской хирургической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- ~ Оказание специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи, с применением консервативных методов лечения пациентам с травматолого-ортопедической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- ~ Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности подчиненного медицинского персонала;
- ~ Сбор жалоб, анамнеза жизни, осмотр пациентов;
- ~ Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований, обследований пациентов;
- ~ Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ);
- ~ Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание;

- ~ Проведение планового хирургического лечения;
- ~ Проведение экстренного хирургического лечения;
- ~ Профилактика или лечение осложнений

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «**Детская хирургия**» относится к Блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать	знать определения и содержание понятий абстрактного мышления, анализа и синтеза; профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; критерии оценки надежности источников информации; методологию поиска и сбора полученной информации; этапы методологии анализа и синтеза;
	Уметь	пользоваться профессиональными источниками информации; анализировать и критически оценивать полученную информацию; в массиве данных обнаруживать причинно-следственные связи; обобщать полученные данные и применять их в профессиональном контексте;
	Владеть	навыком диагностического поиска, отбора и оценки, полученной информации; навыками применения полученной информации в области профессиональной деятельности; навыками сравнительного анализа и синтеза;
УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знать	основные этапы и принципы управления коллективом, организацию работы медицинского персонала, учитывая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Уметь	определять проблемы медицинского персонала с целью разработки превентивных мер по их минимизации, учитывая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
	Владеть	способами осуществления мониторинга и контроля медицинского персонала с целью успешного

		функционирования коллектива и выполнения необходимых задач коллективом, учитывая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
ПК- 1 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 у детей и подростков, 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	Знать	основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования; принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования хирургических заболеваний
	Уметь	обучать детей навыкам здорового образа жизни; проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни
	Владеть	навыком пропаганды здорового образа жизни, профилактики хирургических состояний и (или) заболеваний; проведения профилактических мероприятий среди детей с целью формирования элементов здорового образа жизни, профилактики хирургических состояний и (или) заболеваний
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Знать	-Принципы организации профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения за детьми и подростками в условиях поликлиники и детских учреждений
	Уметь	Оформлять медицинскую документацию при проведении профилактических осмотров, диспансеризации и диспансерном наблюдении за детьми и подростками.
	Владеть	навыком организации диспансерного наблюдения за детьми с хирургическими состояниями и (или) заболеваниями; методами сбора анамнеза и жалоб пациента или его родителей (опекунов); Объективными методами обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с	Знать	-Законодательные и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинского персонала -Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации оказания медицинской помощи пациентам при хирургических патологиях в детском возрасте. - Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов

Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		(их законных представителей) с хирургической патологией в детском возрасте -Методика осмотра и обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Анатомо-функциональные особенности организма ребенка - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний в детской хирургии - Современные методы клинической и параклинической диагностики у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи для детского населения при хирургических заболеваниях - Знания по анатомии, оперативной хирургии. -Знания по диагностике, консервативному и хирургическому лечению детей с хирургическими заболеваниями -Закономерности функционирования здорового организма ребенка и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма ребенка при патологических процессах
	Уметь	- Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с хирургической патологией в детском возрасте - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Оценивать анатомо-функциональное состояние организма ребенка - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам

		- Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургической патологией -Определять медицинские показания для оказания плановой, экстренной медицинской помощи с применением хирургических методов лечения пациентов -Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате оказания помощи - Разрабатывать план подготовки и план послеоперационного ведения пациентов с хирургической патологией у детей
	Владеть	-Сбор жалоб, анамнеза жизни, осмотр пациентов с хирургической патологией -Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных, обследований пациентов с детской хирургической патологией -Направление пациентов с детской хирургической патологией на проведение инструментальных исследований, на консультацию к врачам-специалистам и на проведение исследований в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями -Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем -Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания - Оценка результатов хирургических вмешательств - Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате хирургических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных вмешательств -Разрабатывать план лечения пациентов с детской хирургической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи лекарственных препаратов и/или медицинских изделий
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать	-Стандарты первичной специализированной медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи с применением хирургических методов лечения при заболеваниях у детей -Современные методы диагностики у пациентов с детской хирургической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской

		помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи -Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в детской хирургии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные -Принципы и методы диагностики детских хирургических заболеваний; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные - Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов - Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях - Методы обезболивания - Требования асептики и антисептики -Знания по проведению интенсивной терапии и реанимации в условиях ОРИТ и отделения в соответствии в объеме действующих клинических рекомендаций, а также программ дополнительного профессионального обучения по специальности детская хирургия
	Уметь	-Выполнять различные хирургические манипуляции: - Определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств - Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате хирургических манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных вмешательств - Владение техникой типовых хирургических вмешательств при хирургических заболеваниях детского возраста - Владение техникой подготовки операционного поля для проведения хирургических вмешательств в качестве ассистента помощника хирурга -Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме - Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))

		- Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации - Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме
	Владеть	- Оказание помощи пациентам с заболеваниями детского хирургического профиля в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. - Мониторинг безопасности диагностических манипуляций - Оценка результатов вмешательств у пациентов с детскими хирургическими заболеваниями - Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных вмешательств - Помощь при проведении типовых хирургических вмешательств при хирургических заболеваниях в детском возрасте
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать	Законодательные и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, определяющие деятельность медицинских организаций и медицинского персонала -Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации оказания медицинской помощи пациентам при хирургических патологиях в детском возрасте. - Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с хирургической патологией в детском возрасте -Методика осмотра и обследования пациентов с с хирургической патологией в детском возрасте -Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Анатомо-функциональные особенности организма ребенка - Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний в детской хирургии - Современные методы клинической и параклинической диагностики у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Клинические рекомендации (протоколы лечения)

		по вопросам оказания медицинской помощи для детского населения при хирургических заболеваниях - Знания по анатомии, оперативной хирургии. -Знания по диагностике, консервативному и хирургическому лечению детей с хирургическими заболеваниями -Закономерности функционирования здорового организма ребенка и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма ребенка при патологических процессах
	Уметь	- Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с хирургической патологией в детском возрасте - Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Оценивать анатомо-функциональное состояние организма ребенка - Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте -Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с хирургической патологией в детском возрасте - Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам - Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургической патологией -Определять медицинские показания для оказания плановой, экстренной медицинской помощи с применением хирургических методов лечения пациентов -Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате оказания помощи - Разрабатывать план подготовки и план послеоперационного ведения пациентов с хирургической патологией у детей
	Владеть	-Сбор жалоб, анамнеза жизни, осмотр пациентов с хирургической патологией -Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных, обследований пациентов с детской хирургической патологией -Направление пациентов с детской хирургической

		патологией на проведение инструментальных исследований, на консультацию к врачам-специалистам и на проведение исследований в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями - Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем - Оценка эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания - Оценка результатов хирургических вмешательств - Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате хирургических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и/или медицинских изделий, немедикаментозного лечения, лазерных вмешательств - Разрабатывать план лечения пациентов с детской хирургической патологией в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи лекарственных препаратов и/или медицинских изделий
--	--	--

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по семестрам			
			1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):		556	138	156	138	124
Лекционное занятие (Л)		18	4	6	4	4
Семинарское занятие (СЗ)		130	34	34	34	28
Практическое занятие (ПЗ)		408	100	116	100	92
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		200	42	60	42	56
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)		144	30	30	30	Э
Общий объём	в часах	900	180	216	180	180
	в зачетных единицах	25	6	7	6	6

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей) Темы лекций	Код индикатора
Раздел 1	Общие вопросы.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
1.1	Эмбриогенез органов. АФО детского организма.	
1.2	Основы клинической физиологии и патофизиологии детского возраста.	
1.3	Основные принципы оперативной хирургии.	
1.4	Основные принципы проведения оперативных вмешательств в детском возрасте.	
1.5	Принципы до- и послеоперационного ведения пациентов с детской хирургической патологией	
1.6	Основные принципы диагностических мероприятий в детской хирургии	
1.7	Основные принципы консервативного лечения детских хирургических патологий.	
1.8	Детская хирургия. История развития и современное состояние.	
Раздел 2	Хирургические вмешательства у детей с хирургической патологией. Общие вопросы.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.1	История хирургических вмешательств. Основоположники детской хирургии.	
2.2	Нормативные акты и общие вопросы организации в детской хирургии диагностики и лечения в системе МЗиСР РФ.	
2.3	Структурная характеристика подразделений и их место в специализированных и многопрофильных ЛПУ системы МЗиСР РФ.	
2.4	Штатное расписание врачебного и среднего медицинского персонала. Требования к персоналу. Организация работы.	
2.5	Общие принципы проведения хирургических вмешательств. Требования к помещению для детского хирургического отделения. Нормативы СЭС.	
2.6	Инструментарий для проведения хирургических вмешательств. Контрастное вещество. Основные типы. Возможные осложнения и меры их профилактики.	
2.7	Основные виды хирургических вмешательств. Принципы выполнения. Доступы.	
2.8	Анестезиологическое и фармакологическое обеспечение хирургических вмешательств. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов.	
Раздел 3	Оперативное пособие по ведению детей с хирургической патологией.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.1	Аппендэктомия. Методика, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.	

3.2	Болезнь Гиршпрунга. Методика, техника и этапы операции.	
3.3	Атрезия пищевода. Методика, техника и этапы операции.	
3.4	Спаечная кишечная непроходимость. Методика, техника и этапы операции.	
Раздел 4	Оперативное пособие по ведению детей с тяжелой хирургической патологией.	
4.1	Закрытая травма живота	
4.2	Кишечная инвагинация	
4.3	Аноректальные пороки развития	
4.4	Пилоростеноз	
4.5	Гастрошизис	
4.6	Первичный перитонит	
4.7	Врожденная диафрагмальная грыжа	
4.8	Экстрофия мочевого пузыря	
Раздел 5	Травматология и ортопедия	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.1	Косолапость	
5.2	Дисплазия тазобедренного сустава	
5.3	Сколиотическая болезнь	
5.4	Воронкообразная деформация грудной клетки	
5.5	Системные заболевания костей и суставов.	
5.6	Особенности переломов костей у детей	
5.7	Переломы бедра	
5.8	Переломы голени	
5.9	Переломы плеча	
5.10	Переломы предплечья.	
5.11	Переломы таза	
5.12	Переломы ребер, ключицы	
5.13	Острый гнойный остеомиелит	
5.14	Ожоговая болезнь	
Раздел 6	Детская урология	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.1	Фимоз, парафимоз, баланопостит	
6.2	Варикоцеле.	
6.3	Киста семенного канатика	

6.4	Водянка яичка	
6.5	Гипоспадия .	
6.6	Крипторхизм .	
6.7	Гидронефроз .	
6.8	Острое заболевание яичка.	
6.9	Травмы почек.	
6.10	Аномалии развития почек.	
Раздел 7	Детская хирургия передней брюшной стенки.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.1	Грыжи	
7.2	Срединная киста шеи.	
7.3	Гнойные заболевания кожи и подкожно-жирового слоя.	
7.4	Гемангиомы.	
Раздел 8	Опухоли в детской хирургии.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.1	Онкологические заболевания в детском возрасте	
8.2	Сосудистые мальформации. Сосудистые опухоли (гемангиомы).	
8.3	Нефробластома	
8.4	Опухоли костей	

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Конт. акт. раб.	Л	СЗ	ПЗ	СР		
Раздел 1	Общие вопросы.	84	64	4	20	40	20	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
1.1	Эмбриогенез органов. АФО детского организма.	11	8	1	2	5	3		
1.2	Основы клинической физиологии и патофизиологии детского возраста.	11	8	1	2	5	3		
1.3	Основные принципы оперативной хирургии.	11	8	1	2	5	3		
1.4	Основные принципы проведения оперативных вмешательств в детском возрасте.	11	8	1	2	5	3		

1.5	Принципы до- и послеоперационного ведения пациентов с детской хирургической патологией	10	7	-	2	5	3		
1.6	Основные принципы диагностических мероприятий в детской хирургии	10	7	-	2	5	3		
1.7	Основные принципы консервативного лечения детских хирургических патологий.	10	7	-	2	5	1		
1.8	Детская хирургия. История развития и современное состояние.	12	11	-	6	5	1		
Раздел 2	Хирургические вмешательства у детей с хирургической патологией. Общие вопросы.	82	62	2	20	40	20	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
2.1	История хирургических вмешательств. Основоположники детской хирургии.	11	8	1	2	5	3		
2.2	Нормативные акты и общие вопросы организации в детской хирургии диагностики и лечения в системе МЗиСР РФ.	11	8	1	2	5	3		
2.3	Структурная характеристика подразделений и их место в специализированных и многопрофильных ЛПУ системы МЗиСР РФ.	10	7	-	2	5	3		
2.4	Штатное расписание врачебного и среднего медицинского персонала. Требования к персоналу. Организация работы.	10	7	-	2	5	3		
2.5	Общие принципы проведения хирургических вмешательств. Требования к помещению для детского хирургического отделения. Нормативы СЭС.	10	7	-	2	5	3		

2.6	Инструментарий для проведения хирургических вмешательств. Контрастное вещество. Основные типы. Возможные осложнения и меры их профилактики.	10	7	-	2	5	3		
2.7	Основные виды хирургических вмешательств. Принципы выполнения. Доступы.	10	7	-	2	5	1		
2.8	Анестезиологическое и фармакологическое обеспечение хирургических вмешательств. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов.	12	11	-	6	5	1		
Раздел 3	Оперативное пособие по ведению детей с хирургической патологией.	84	54	2	14	38	30	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.1	Аппендэктомия. Методика, техника выполнения, возможные осложнения и их профилактика.	21	13	1	4	8	8		
3.2	Болезнь Гиршпрунга. Методика, техника и этапы операции.	21	13	1	2	10	8		
3.3	Атрезия пищевода. Методика, техника и этапы операции.	20	14	-	4	10	6		
3.4	Спаечная кишечная непроходимость. Методика, техника и этапы операции.	22	14	-	4	10	8		
Раздел 4	Оперативное пособие по ведению детей с тяжелой хирургической патологией.	100	70	2	22	46	30	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.1	Закрытая травма живота	15	12		6	6	3		
4.2	Кишечная инвагинация	13	9	1		8	4		
4.3	Аноректальные пороки развития	16	13	1	10	2	3		
4.4	Пилоростеноз	10	6	-	-	6	4		
4.5	Гастрошизис	10	6	-	-	6	4		
4.6	Первичный перитонит	10	6	-	-	6	4		

4.7	Врожденная диафрагмальная грыжа	10	6	-	-	6	4	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.8	Экстрофия мочевого пузыря	12	8	-	2	6	4		
Раздел 5	Травматология и ортопедия	120	90	2	16	72	30		
5.1	Косолапость	11	9	1	6	2	2		
5.2	Дисплазия тазобедренного сустава	8	6	-	-	6	2		
5.3	Сколиотическая болезнь	8	6	-	-	6	2		
5.4	Воронкообразная деформация грудной клетки	9	7	1	6		2		
5.5	Системные заболевания костей и суставов.	8	6	-	-	6	2		
5.6	Особенности переломов костей у детей	8	6	-	-	6	2		
5.7	Переломы бедра	8	6	-	-	6	2		
5.8	Переломы голени	8	6	-	-	6	2		
5.9	Переломы плеча	8	6	-	-	6	2		
5.10	Переломы предплечья.	8	6	-	-	6	2		
5.11	Переломы таза	8	6	-	-	6	2		
5.12	Переломы ребер, ключицы	8	6	-	-	6	2		
5.13	Острый гнойный остеомиелит	8	6	-	-	6	2	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.14	Ожоговая болезнь	10	6		4	2	4		
Раздел 6	Детская урология	112	92	2	18	72	20		
6.1	Фимоз, парафимоз, баланопостит	12	10	-	2	8	2		
6.2	Варикоцеле.	12	10	-	2	8	2		
6.3	Киста семенного канатика	12	10	-	2	8	2		
6.4	Водянка яичка	13	11	1	1	9	2		
6.5	Гипоспадия .	12	10	-	2	8	2		
6.6	Крипторхизм .	12	10	-	2	8	2		
6.7	Гидронефроз .	12	10	-	2	8	2		
6.8	Острое заболевание яичка.	12	10	-	2	8	2	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
6.9	Травмы почек.	13	11	1	1	9	2		
6.10	Аномалии развития почек.	12	10	-	2	4	2		
Раздел 7	Детская хирургия передней брюшной стенки.	82	62	2	10	50	20		
7.1	Грыжи	21	16	1	3	12	5		
7.2	Срединная киста шеи.	21	16	1	3	12	5	Устный опрос, собеседование. Тестирование	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
7.3	Гнойные заболевания кожи и подкожно-жирового слоя.	21	16	-	2	14	5		
7.4	Гемангиомы.	19	14	-	2	12	5	Устный	УК-1,
Раздел 8	Опухоли в детской	82	62	2	10	50	20		

	хирургии.							опрос, собесед ование. Тестир ов ание	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
8.1	Онкологические заболевания в детском возрасте	22	17	1	4	12	5		
8.2	Сосудистые мальформации. Сосудистые опухоли (гемангиомы).	20	15	1	2	12	5		
8.3	Нефробластома	21	14	-	2	12	5		
8.4	Опухоли костей	21	16	-	2	14	5		
Общий объём		900	556	18	130	408	200	144	

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
Раздел 1	Общие вопросы	1.История хирургических вмешательств. 2.Основоположники детской хирургии

		3. Нормативные акты и общие вопросы организации в детской хирургии диагностики и лечения в системе МЗиСР РФ. 4. Структурная характеристика подразделений и их место в специализированных и многопрофильных ЛПУ системы МЗиСР РФ. 5. Общие принципы проведения хирургических вмешательств. Требования к помещению для детского хирургического отделения. Нормативы СЭС. 6. Инструментарий для проведения хирургических вмешательств. Контрастное вещество. Основные типы. Возможные осложнения и меры их профилактики. 7. Основные виды хирургических вмешательств. Принципы выполнения. Доступы.
Раздел 2	Хирургические вмешательства у детей с хирургической патологией. Общие вопросы	1. Основные виды хирургических вмешательств. Принципы выполнения. Доступы. 2. Инструментарий для проведения хирургических вмешательств. Контрастное вещество. Основные типы. Возможные осложнения и меры их профилактики.
Раздел 3	Оперативное пособие по ведению детей с хирургической патологией	1. Основные принципы оперативной хирургии. 2. Принципы до- и послеоперационного ведения пациентов с детской хирургической патологией. 3. Основные принципы диагностических мероприятий в детской хирургии
Раздел 4	Оперативное пособие по ведению детей с тяжелой хирургической патологией	1. Принципы до- и послеоперационного ведения пациентов с детской хирургической патологией. 2. Анестезиологическое и фармакологическое обеспечение хирургических вмешательств. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов.
Раздел 5	Травматология и ортопедия	1. Косолапость 2. Дисплазия тазобедренного сустава 3. Сколиотическая болезнь 4. Воронкообразная деформация грудной клетки 5. Системные заболевания костей и суставов. 6. Особенности переломов костей у детей 7. Переломы бедра 8. Переломы голени 9. Переломы плеча 10. Переломы предплечья. 11. Переломы таза 12. Переломы ребер, ключицы
Раздел 6	Детская урология	1. Экстрофия мочевого пузыря 2. Гипоспадия 3. Водянка яичка 4. Крипторхизм
Раздел 7	Детская хирургия передней брюшной стенки	1. Гастрошизис 2. Грыжи
Раздел 8	Опухоли в детской хирургии	1. Онкологические заболевания в детском возрасте. 2. Сосудистые мальформации. Сосудистые опухоли (гемангиомы).

		3. Нефробластомы. 4. Опухоли костей.
--	--	---

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/практических занятиях.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине (модуля).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Основная литература:

1. Хирургический болезни детского возраста Том 2/ под.ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017 экз. 22

Дополнительная литература:

1. Александрович Ю.С. Неотложная педиатрия: учеб. пособие / Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев, К.В. Пшениснов. - СПб.: СпецЛит, 2012. – 568 с. экз.5

2. Рентгенодиагностика сколиотических деформаций позвоночника: учебное пособие / сост.: М.В. Бабаев, Г.П. Волков, А.И. Лукаш. - Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2013. – 56 с. экз.24

3. Атлас по детской урологии / Т.Н. Куликова, П.В. Глыбочко, Д.А. Морозов и др. – М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2012. – 160 с. экз.3

4. Разин М.П. Детская урология-андрология: учеб. пособие / М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. - М.: ГЭОТАР–МЕДИА, 2015. – 127 с. экз.11

5. Сажин В. П., Эндоскопическая абдоминальная хирургия - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. -512 с. (Библиотека врача-специалиста. Хирургия) экз.9

Периодические издания

- Российский электронный журнал детской хирургии. - *Доступ из eLIBRARY.RU*
- Практическая медицина.- *Доступ из eLIBRARY.RU*

Интернет-ресурсы

1. **Электронная учебная библиотека** РостГМУ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://80.80.101.225/oracg>
2. **Консультант врача.** Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]: ЭБС. – М.: ООО ГК «ГЭОТАР». - Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru>
3. **Единое окно доступа к информационным ресурсам** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://window.edu.ru/>
4. **Российское образование. Федеральный образовательный портал** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.edu.ru/index.php>
5. **Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.femb.ru/feml/> , <http://feml.scsml.rssi.ru>
6. **Научная электронная библиотека eLIBRARY** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://elibrary.ru>
7. **Национальная электронная библиотека** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://нэб.рф/>
8. **Scopus** [Electronic resource] / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Electronic data. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA, 2015. – Режим доступа: <http://www.scopus.com/>
9. **Web of Science** [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://apps.webofknowledge.com> (Национальная подписка РФ)
10. **MEDLINE Complete EBSCO** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://search.ebscohost.com> (Национальная подписка РФ)
11. **Medline (PubMed, USA)** [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
12. **Free Medical Journals** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://freemedicaljournals.com>
13. **Free Medical Books** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.freebooks4doctors.com/>
14. **Internet Scientific Publication** [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ispub.com>
15. **КиберЛенинка** [Электронный ресурс]: науч. электрон. биб-ка. - Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/>
16. **Архив научных журналов** [Электронный ресурс] / НЭИКОН. - Режим доступа: <http://archive.neicon.ru/xmlui/>
17. **Журналы открытого доступа на русском языке** [Электронный ресурс] / платформа EIPub НЭИКОН. – Режим доступа: <http://elpub.ru/elpub-journals>
18. **Медицинский Вестник Юга России** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.medicalherald.ru/jour>

19. **Всемирная организация здравоохранения** [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://who.int/ru/>
20. **Med-Edu.ru** [Электронный ресурс]: медицинский видеопортал. - Режим доступа: <http://www.med-edu.ru/>
21. **DoctorSPB.ru** [Электронный ресурс]: информ.-справ. портал о медицине. - Режим доступа: <http://doctorspb.ru/>
22. **Evrika.ru.** [Электронный ресурс]: информационно-образовательный портал для врачей. – Режим доступа: <https://www.evrika.ru/>
23. **Univadis.ru** [Электронный ресурс]: международ. мед. портал. - Режим доступа: <http://www.univadis.ru/>
24. **МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача:** библиотека, база знаний [Электронный ресурс]. – Режим доступа <https://medvestnik.ru/>
25. **Современные проблемы науки и образования** [Электронный журнал]. - Режим доступа: <http://www.science-education.ru/ru/issue/index>

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного и семинарского типа/практического занятия, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на 8 разделов:

Раздел 1 Общие вопросы.

Раздел 2 Хирургические вмешательства у детей с хирургической патологией. Общие вопросы.

Раздел 3 Оперативное пособие по ведению детей с хирургической патологией.

Раздел 4 Оперативное пособие по ведению детей с тяжелой хирургической патологией.

Раздел 5 Травматология и ортопедия

Раздел 6 Детская урология

Раздел 7 Детская хирургия передней брюшной стенки.

Раздел 8 Опухоли в детской хирургии.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературой, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации (зачету с оценкой/экзамену).

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющем обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной

деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Программное обеспечение:

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-А/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-А/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-А/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).
6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/РНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-А/2023 от 25.07.2023).
9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends , Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCE6D 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-А/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы: - «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;

- «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)

14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-А/2024 от 11.03.2024г.)

15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Договор №520-А/2023 от 21.11.2023 г.)

Все лекции сопровождаются презентациями по текущей теме. Все практические занятия сопровождаются фрагментами фильмов.

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра детской хирургии и ортопедии

Оценочные материалы

по дисциплине Детская хирургия

Специальность 31.08.16 Детская хирургия

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1 Способность 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 Способен осуществить комплекс 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 в части детской хирургии и ортопедии
ПК-2 Способность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	ПК-2 Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками в части
ПК-5 Способность 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 Способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6 Способность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	ПК-6 Способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
ПК-8 Способность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-8 Способен к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 1	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК-1:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

01. У новорожденных для некротическая флегмона в период прогрессивного течения не характерно:

- А. Разлитая гиперемия.
- Б. Локальная болезненность.
- В. Быстрое распространение.
- Г. Цианотичность кожных покровов.
- Д. Сплошная инфильтрация.
- Е. Местное повышение температуры

Эталон ответа: Г. Цианотичность кожных покровов.

02. Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте:

- А. Сразу после рождения.
- Б. 2-3 недели жизни.
- В. После 3-х недель жизни.
- Г. После 6 месяцев.
- Д. В любом возрасте

Эталон ответа: В. После 3-х недель жизни.

03. Укажите местное лечение флегмоны новорожденного:

- А. Полуспиртовая повязка + магнит.
- Б. Обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит.
- В. Множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит

Эталон ответа: Б. Обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит.

04. У новорожденных рожистое воспаление проявляется:

- А. Пятнистая гиперемия.
- Б. Разлитая гиперемия.
- В. Сплошная инфильтрация.

- Г. Быстрое распространение.
- Д. Цианотичность кожных покровов.
- Е. Местное повышение температуры.
- Эталон ответа:* Г. Быстрое распространение.

05. У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме:
- А. некротическую флегмону;
 - Б. острый гематогенный остеомиелит;
 - В. острый артрит;
 - Г. рожистое воспаление;
 - Д. мастит
- Эталон ответа:* Б. острый гематогенный остеомиелит;

06. У новорожденных стрептококк вызывает:
- А. некротическую флегмону;
 - Б. острый гематогенный остеомиелит;
 - В. острый артрит;
 - Г. рожистое воспаление;
 - Д. мастит
- Эталон ответа:* Г. рожистое воспаление;

07. У новорожденных грамотрицательная флора вызывает:
- А. некротическую флегмону;
 - Б. острый гематогенный остеомиелит;
 - В. острый артрит;
 - Г. рожистое воспаление;
 - Д. мастит
- Эталон ответа:* В. острый артрит;

08. Адипозонекроз проявляется симптомами:
- А. пятнистая гиперемия;
 - Б. бугристая инфильтрация;
 - В. местное повышение температуры;
 - Г. отсутствие местного повышения температуры;
 - Д. сплошная инфильтрация.
- Эталон ответа:* Г. отсутствие местного повышения температуры

09. Рожистое воспаление у новорожденного бывает:
- А. узловым;
 - Б. эритоматозным;
 - В. флегмонозным;
 - Г. абсцедирующим;
 - Д. булезным;
 - Е. гангренозным
- Эталон ответа:* Д. булезным;

10. Для флегмонозной формы омфалита характерно:

- А. серозно-гнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции.
- Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки;
- В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки.

Эталон ответа: В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки.

11. Адипозонекроз у новорожденных вызывается:

- А. стафилококком;
 - Б. стрептококком;
 - В. синегнойной палочкой;
 - Г. анаэробами
 - Д. протеем;
 - Е. абактериально
- Эталон ответа:* Г. анаэробами

12. Для диагностики метаэпифизарного ОГО у детей не используют:

- А. Пункция сустава.
- Б. Рентгенография .
- В. УЗИ сустава.
- Г. Измерение внутрикостного давления.

Эталон ответа: В. УЗИ сустава.

13. Исходом ОГО у новорожденным может быть:

- А. переход в хроническую форму,
- Б. нарушение роста конечности в длину,
- В. патологический перелом

Эталон ответа: Б. нарушение роста конечности в длину,

14. Укажите ранний рентгенологический признак ОГО у новорожденного:

- А. очаги деструкции губчатого вещества.
- Б. периостальная реакция.
- В. расширение суставной щели
- Г. наличие секвестров

Эталон ответа: В. расширение суставной щели

15. У ребенка после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли вживоте. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии. Начать обследование целесообразно:

- А. с рентгенографии брюшной полости;
- Б. с ультразвукового исследования;
- В. с лапароскопии;
- Г. с экскреторной урографии.

Эталон ответа: В. с лапароскопии;

16. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- А. лапароцентез;
- Б. лапароскопия, ревизия органов брюшной полости;
- В. лапароскопия, дренирование брюшной полости;
- Г. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости;
- Д. наблюдение, консервативная терапия.

Эталон ответа: Г. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости;

17. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, подозрение на травму селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильная гемодинамика. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- А. лапароцентез;
- Б. лапароскопия, ревизия органов брюшной полости;
- В. лапароскопия, дренирование брюшной полости;
- Г. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости;
- Д. наблюдение, консервативная терапия.

Эталон ответа: В. лапароскопия, дренирование брюшной полости;

18. У ребенка 10 лет подозрение на травму печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии, Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. По данным УЗИ определяется небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Какой должна быть тактика хирурга?

- А. лапароцентез;
- Б. лапароскопия;
- В. лапаротомия;
- Г. наблюдение;
- Д. наблюдение, консервативная терапия.

Эталон ответа: В, лапаротомия;

19. При подозрении на разрыв 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является:

- А. ультразвук;
- Б. обзорная рентгенограмма;
- В. лапароскопия;
- Г. фиброгастродуоденоскопия;
- Д. рентгеноконтрастное обследование с бариевой взвесью

Эталон ответа: Б. обзорная рентгенограмма;

20. Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития:

- А. трапецевидной мышцы;
- Б. кивательной мышцы;
- В. подключичной мышцы.

Эталон ответа: Б. кивательной мышцы;

21. У новорожденных рожистое воспаление проявляется:

- А. Пятнистая гиперемия.
- Б. Разлитая гиперемия.
- В. Сплошная инфильтрация.
- Г. Быстрое распространение.
- Д. Цианотичность кожных покровов.
- Е. Местное повышение температуры.

Эталон ответа: Г. Быстрое распространение.

22. выберите характерный признак мышечной кривошеи:

- А. наклон головы кпереди;
- Б. наклон головы кзади;
- В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую;
- Г. наклон головы в больную сторону с поворотом в больную.

Эталон ответа: В. наклон головы в больную сторону с поворотом в здоровую;

23. Назовите возраст ребенка, когда необходимо выставить показания к оперативному лечению мышечной кривошеи:

- А. до 6 мес.;
- Б. до 12 мес.;
- В. до 2-х лет;
- Г. 2 - 2, 5 года
- Д. после 5 лет

Эталон ответа: В. до 2-х лет;

24 Оперативное лечение полидактилии показано в возрасте:

- А. 1 года;
- Б. 3 года;
- В. после 5 лет

Эталон ответа: А. 1 года

25. Синдактилия, это:

- А. сращение пальцев;
- Б. добавочные пальцы;
- В. наследственное заболевание.

Эталон ответа: Б. добавочные пальцы

****Заданий с выбором нескольких ответов может не быть вовсе; если они есть, то не более 5.***

Задания открытого типа: ***ВСЕГО 75 заданий****

****Могут быть представлены как исключительно ситуационными задачами, так и соотношением ситуационных задач и вопросов для собеседования, при этом для клинических дисциплин приоритет отдается ситуационным задачам. Заданий на дополнение не более 10.***

Задания на дополнение.

1. Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно усиление болей при расположении на _____ боку

Эталон ответа: левом

2. У пациента страдающего сахарным диабетом стертая клиническая картина острого аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо выполнить _____

Эталон ответа: лапароскопию

3. В случае возможности проведения «попутной» аппендэктомии при выполнении операций, не связанных с патологией аппендикса, у хирурга должно присутствовать стремление к _____ червеобразного отростка.

Эталон ответа: оставлению

4. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает _____ и ушивание раны.

Эталон ответа: дренирование (дренирование перчаточной резиной)

5. Ребенка до 3 лет с “синдромом острой боли в животе” следует госпитализировать в _____ отделение

Эталон ответа: хирургическое

6. Наиболее достоверный клинический симптом острого аппендицита у детей - _____ передней брюшной стенки.

Эталон ответа: напряжение мышц или дефанс.

7. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно проведение клиновидной _____ подвздошной кишки в месте расположения дивертикула

Эталон ответа: резекции

8. Появление болей в эпигастрии при плевропневмонии обусловлено особенностями _____ .

Эталон ответа: иннервации.

9. Сопутствующая неврологическая патология, сопутствующая соматическая патология, врожденные аномалии органов ЖКТ _____ противопоказаниями к проведению аппендэктомии при остром аппендиците.

Эталон ответа: не являются

10. Инструкция: вставьте одно слово.

Основной причиной развития кишечной инвагинации у детей является _____ перистальтики.

Эталон ответа: нарушение или дискоординация

11. Что является наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей?

Эталон ответа: напряжение мышц брюшной стенки, локальная болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины.

12. Какие наиболее важные отличительные признаки абдоминальной формы псевдотуберкулеза от острого аппендицита вы знаете?

Эталон ответа: Это ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в пояснице, гиперемия кожи и слизистых, относительная брадикардия, увеличение печени и селезенки, дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы.

13. Как необходимо закончить операцию при обнаружении холодного аппендикулярного инфильтрата?

Эталон ответа: ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции

14. Какие диагностические приемы, позволяют дифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения?

Эталон ответа: очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин)

15. Чем характеризуется клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет?

Эталон ответа: прежде всего, преобладанием общих симптомов (вялость, интоксикация, разлитая болезненность) над местными (локальная болезненность, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки - дефанс).

16. Какие показания к проведению пальцевого ректального исследования при подозрении на острый аппендицит?

Эталон ответа: пальцевое ректальное исследование должно проводиться всем детям, госпитализируемым с подозрением на острый аппендицит.

17. Что является основным преимуществом колоноскопии при инвагинации кишечника?

Эталон ответа: возможность решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

18. В каком возрасте чаще всего встречается кишечная инвагинация?

Эталон ответа: в грудном – 4-9 месяцев.

19. С чем связана наиболее частая заболеваемость инвагинацией кишечника в возрасте 4-9 месяцев?

Эталон ответа: с изменением характера содержимого ЖКТ из-за введения прикорма, что может являться провоцирующим фактором для развития инвагинации, особенно при наличии предрасполагающих анатомических особенностей (аномалий).

20. Каким должно быть лечение в начальном периоде инвагинации кишечника?

Эталон ответа: консервативное расправление инвагината воздухом под пальпаторным контролем расправления инвагината и контролем давления воздуха.

21. Какой метод рентгенологического исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации?

Эталон ответа: контрастная ирригография с воздухом – превмоирригография, характерен рентгенологический симптом «трезубца».

22. Что служит критерием эффективности консервативной терапии при инвагинации?

Эталон ответа: отхождение стула и газов, исчезновение болей.

23. Что такое инвагинация кишечника?

Эталон ответа: это чаще изоперистальтическое внедрение проксимального участка кишки в дистальный, чаще всего подвздошная кишка внедряется в восходящую ободочную.

24. Назовите типы инвагинаций.

Эталон ответа: тонко-тонкокишечная, толсто-толстокишечная, подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, редкие типы инвагинации (инвагинация червеобразного отростка).

25. Что является основной причиной инвагинации у детей старшего возраста (старше 1 года)?

Эталон ответа: чаще всего это механические причины - полипы, кисты, дивертикул Меккеля, удвоение подвздошной кишки, гипертрофированные бляшки Пейера, доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника

26. К какому виду кишечной непроходимости относится инвагинация?

Эталон ответа: Приобретенная механическая смешанная (обтурационная и странгуляционная) непроходимость.

27. Какие три основных клинических симптома характерны для инвагинации?

Эталон ответа: приступообразные связанные с перистальтикой боли в животе, пальпируемое в брюшной полости объемное образование – головка инвагината и кровавистые выделения из прямой кишки по типу «малинового желе».

28. С чем связан приступообразный характер болей при инвагинации?

Эталон ответа: приступообразный характер болей при инвагинации связан с прохождением перистальтической волны через головку инвагината.

29. Какие критерии эффективности консервативной дезинвагинации вы знаете?

Эталон ответа: резкое снижение давления на тонометре, симптом "хлопка", отхождение газов, исчезновение пальпируемой головки инвагината.

30. Какие критерии относят к признакам нежизнеспособности кишки после дезинвагинации?

Эталон ответа: резкий цианоз и отек кишки, пульсация сосудов кишечной стенки не восстановилась, нет видимой перистальтики кишки.

31. Какое должно быть лечение ранней спаечной кишечной непроходимости?

Эталон ответа: лечение должно начинаться с консервативных мероприятий: декомпрессия ЖКТ – промывание желудка, очистительная клизма, стимуляции моторики кишки – прозерин, церукал, в/в капельных инфузий для коррекции общего состояния – восполнение ОЦК, коррекция КЩС и т.п., зависит от динамики состояния пациента, при отсутствии отхождения стула и газов в течении 2 часов после экстренной госпитализации - оперативное: висцеролиз.

32. Какие симптомы характерны для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом?

Эталон ответа: для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом характерны цианоз, одышка, пенистые выделения из носа и рта, развитие в дальнейшем дыхательных расстройств из-за инфекционных осложнений в легких.

33. Какое предельное расстояние между сегментами пищевода возможно для наложения прямого анастомоза, объясните почему?

Эталон ответа: по данным разных авторов 1,5-2,0 см, если расстояние будет больше, то при попытке наложения прямого анастомоза произойдет перерастяжение стенок пищевода, в них ухудшится кровоснабжение, что приведет к развитию недостаточности анастомоза.

34. Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода?

Эталон ответа: водорастворимые контрасты – уротраст, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из-за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инфекционных осложнений.

35. Какое оперативное пособие необходимо новорожденному с атрезией пищевода с диастазом более 3 см?

Эталон ответа: наложение нутритивной гастростомы и эзофагостомы для отвода слюны и сохранения глотательного рефлекса.

36. Чем обусловлено ухудшение состояния ребенка при наличии дистального трахеопищеводного свища при атрезии пищевода ?

Эталон ответа: помимо аспирации слюны из переполненного слепого проксимального сегмента пищевода - избыточным забросом воздуха в желудок, забросом желудочного

содержимого в трахеобронхиальное дерево с развитием "химической" пневмонии, поступлением массивного количества слизи в трахеобронхиальное дерево.

37. Чем объясняется дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже?

Эталон ответа: сдавлением легкого на стороне поражения, при больших размерах грыжи – сдавлением легкого на противоположной стороне и развитием в легких застойных инфекционных осложнений – пневмонии, ателектазы и т.п.

38. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать врожденную диафрагмальную грыжу? Почему?

Эталон ответа: с врожденной лобарной эмфиземой, которая имеет схожую клинику и рентгенологические проявления.

39. Каким образом и при каком заболевании проводят пробу Элефанта?

Эталон ответа: при атрезии пищевода, результат пробы выражен при слепом краниальном сегменте пищевода, при этом вводят воздух через катетер, установленный в слепой конец пищевода и введенный воздух с шумом выходит обратно через рот и нос ребенка.

40. Какие формы атрезии пищевода можно заподозрить при отсутствии на рентгенограмме газонаполнения желудка и кишечника?

Эталон ответа: безсвищевую форму либо атрезию пищевода с проксимальным трахиопищеводным свищем – будет наблюдаться выраженный синдром дыхательных расстройств.

41. В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза?

Эталон ответа: при врожденной кишечной непроходимости клиника очень активно развивается на 1 сутки после рождения, начало лечения ребенка со 2 суток уже чревато значительными осложнениями со стороны дыхательной системы и общими осложнениями, при пилоростенозе же клинические проявления непроходимости начинаются с 2-3 недели после рождения ребенка.

42. Назовите легочно-плевральные осложнения ОГДП?

Эталон ответа: пиоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс.

43. Назовите методы лечения абсцесса легкого.

Эталон ответа: антибактериальная терапия, санационные бронхоскопии, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, ингаляции.

44. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?

Эталон ответа: напряженный (клапанный) пиопневмоторакс с сдавлением здорового легкого.

45. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: абсцесс легкого после дренирования в бронх или плевральную полость.

46. Куда может дренироваться абсцесс легкого?

Эталон ответа: в бронх, в плевральную полость с образованием пиоторакса, и в бронх, и в плевральную полость с образованием пиопневмоторакса.

47. Что является причиной ошибочной аппендэктомии при деструктивных плевропневмониях?

Эталон ответа: выраженный абдоминальный болевой синдром, обусловленный раздражением нижних межреберных нервов, которые иннервируют так же эпигастральную область.

48. Каков механизм появления болей при остром гематогенном остеомиелите (ОГО)? Боли появляются до или после рентгенологических проявлений (периостита)?

Эталон ответа: боли при ОГО связаны с повышением внутрикостного давления из-за воспалительного отека костного мозга, появляются значительно раньше периостита – последний видно на рентгенограммах через 2 недели от начала заболевания.

49. Какую классификацию приобретенной кишечной непроходимости по механизмам развития вы знаете?

Эталон ответа: приобретенная кишечная непроходимость подразделяется на динамическую кишечную непроходимость (спастическую, паралитическую) и механическую кишечную непроходимость (обтурационную, странгуляционную и смешанную - инвагинацию кишки).

50. Каков патогенез болезни Гиршпрунга?

Эталон ответа: нарушение (замедление) миграции нервных клеток вдоль кишечной трубки на 7-12 неделе развития плода, из-за чего в стенке кишки не формируются парасимпатические Мейснеровское и Ауэрбаховское сплетения, развивается различный по протяженности аганглионарный участок кишки, неспособный к перистальтике, возникает кишечная непроходимость.

51. Какие вы знаете порто-кавальные анастомозы, где могут быть расширение вен и кровотечения при портальной гипертензии?

Эталон ответа: вены кардиального отдела желудка и 1/3 пищевода, вены передней брюшной стенки («голова медузы»), геморроидальные вены.

52. Какие возможны осложнения при проглатывании детьми батареек от часов?

Эталон ответа: перфорация пищевода в месте расположения батарейки (физиологические сужения), развитие медиастинита.

53. Какие заболевания объединены термином «синдром отечной мошонки» («острые заболевания яичка»? Что их объединяет?

Эталон ответа: Это перекрут и некроз гидатиды Морганьи, перекрут семенного канатика, острый орхит, травмы яичка. Объединяет их однотипное лечение – оперативная ревизия органов мошонки и оперативное устранение причины заболевания.

54. Что такое «гипоспадия без гипоспадии»?

Эталон ответа: это заболевание с нормально расположенным отверстием уретры, проявляется ее «крючковидной» деформацией в виде сгибания в вентральном направлении.

55. Какие виды ретенции яичка при крипторхизме вы знаете? Что такое ложный крипторхизм?

Эталон ответа: брюшная ретенция – яичко в брюшной полости и паховая ретенция – яичко в паховом канале. При ложном крипторхизме яичко находится в мошонке, но подтянуто к наружному паховому кольцу сокращением кремастерной мышцы.

56. Какие вы знаете особенности переломов детского возраста? Чем обусловлены эти особенности?

Эталон ответа: переломы по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы. Обусловлены толстой и прочной надкостницей (по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы) и наличием хрящевых зон роста как с метаэпифизарных пластинок, так и в апофизах (эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы).

57. Кефалогематома, патогенез, клиника.

Эталон ответа: Кефалогематома – следствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния:

- *Первая степень* – диаметром 4 см и менее.
- *Вторая степень* – диаметром от 4,1 до 8 см.
- *Третья степень* – более 8 см. По распространенности:
- *очаговая* – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры;
- *распространенная* – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит;
- *смешанная* – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками.

58. Что такое переломо-вывихи костей предплечья (повреждения Монтеджа и Галеацци)?

Эталон ответа: повреждение Монтеджа - это повреждение предплечья относится к переломовывихам: перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой кости. В зависимости от механизма травмы и вида смещения различают сгибательный и разгибательный типы повреждений. Разгибательный тип возникает значительно чаще, чем сгибательный. Он характеризуется вывихом головки луча кпереди, с нередким разрывом кольцевидной связки лучевой кости и смещение перелома локтевой кости под углом открытым кзади. Повреждение Галеацци - характеризуется переломом лучевой кости в средней трети или нижней трети с вывихом головки локтевой кости к тылу или в ладонную сторону (в зависимости от механизма травмы).

59. Какие вы знаете фазы течения ожоговой болезни? Охарактеризуйте их.

Эталон ответа: I. Ожоговый шок является первым периодом ожоговой болезни.

Продолжительность шока (от нескольких часов до нескольких суток) определяется преимущественно площадью поражения. Любая ожоговая рана является первично микробно зафиксированной, однако в период ожогового шока влияние инфекции еще не выражено.

II. Острая ожоговая токсемия является вторым периодом заболевания. Он начинается со 2—3 суток, продолжается 7—8 дней и характеризуется преобладанием явлений выраженной интоксикации.

III. Период септикотоксемии (ожоговой инфекции) условно начинается с 10-х суток и характеризуется преобладанием инфекционного фактора в течении заболевания. При отрицательной динамике процесса возможно развитие ожоговой кахексии, приводящей в последующем к гибели больного.

IV. Период реконвалесценции характеризуется постепенной нормализацией функций и систем организма. Он наступает после заживления ожоговых ран, либо после оперативного их закрытия.

Наиболее грозным проявлением ожоговой болезни, несущим непосредственную угрозу для жизни больного, является ожоговый шок.

60. Что такое остеохондропатии? Каков их патогенез?

Эталон ответа: Остеохондропатии - группа заболеваний, характеризующихся своеобразным изменением апофизов коротких и эпифизов длинных трубчатых костей, энхондрально оссифицирующихся костей кисти и стопы, позвоночника, реже других растущих костных структур. Остеохондропатии встречается преимущественно в детском и юношеском возрасте. Считается, что в связи с эмболией или тромбозом сосудов кости развивается ее асептический некроз. Некротизированные костные перекладины утрачивают прочность и повреждаются даже при малейшей нагрузке. В дальнейшем нарастает деформация эпифизов и апофизов костей, наблюдается болезненность суставов, нарушение их функции, конфигурации или конгруэнтности суставных поверхностей, что в конечном итоге приводит к развитию деформирующего артроза (отдаленное осложнение болезни Пертеса).

61. Какие стадии остеохондропатий вы знаете?

Эталон ответа: I стадия. Некроз костной ткани. Продолжается до нескольких месяцев. Больного беспокоят слабые или умеренные боли в пораженной области, сопровождающиеся нарушением функции конечности. Пальпация болезненна.

Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены. Рентгенологические изменения в этот период могут отсутствовать.

II стадия. Компрессионный перелом. Продолжается от 2-3 до 6 и более месяцев. Кость «проседает», поврежденные костные балки вклиниваются друг в друга. На рентгенограммах выявляется гомогенное затемнение пораженных отделов кости и исчезновение ее структурного рисунка. При поражении эпифиза его высота уменьшается, выявляется расширение суставной щели.

III стадия. Фрагментация. Длится от 6 месяцев до 2-3 лет. На этой стадии происходит рассасывание омертвевших участков кости, их замещение грануляционной тканью и остеокластами. Сопровождается уменьшением высоты кости. На рентгенограммах выявляется уменьшение высоты кости, фрагментация пораженных отделов кости с беспорядочным чередованием темных и светлых участков.

IV стадия. Восстановление. Продолжается от нескольких месяцев до 1,5 лет. Происходит восстановление формы и, несколько позже – и структуры кости.

62. Дайте определение сколиоза. Что отличает сколиоз от сколиотической осанки?

Эталон ответа: Сколиоз – это сложная стойкая деформация позвоночника, сопровождающаяся, в первую очередь, искривлением в боковой плоскости с последующей ротацией позвонков и усилением физиологических изгибов позвоночника; или сколиоз – это сложная многоплоскостная деформация позвоночника. От сколиотической осанки отличается наличием ротации и торсии – стойких и необратимых морфологических изменений.

63. Каков патогенез пузырно-мочеточникового рефлюкса?

Эталон ответа: область соединения мочеточников с полостью мочевого пузыря анатомически представляет собой сфинктерный антирефлюксный аппарат, который обеспечивает ток урины только в нисходящем направлении. Это достигается благодаря определенному углу, под которым мочеточник впадает в мочевой пузырь, и внутривентрикулярным гладким циркулярным мышцам. Главное патологическое звено формирования рефлюкса — снижение эффективности работы сфинктера в результате дисплазии мышечных волокон, их воспалительного повреждения, нарушения нервной регуляции. Морфофункциональные изменения приводят к срыву антирефлюксного механизма и нефизиологическому ретроградному движению мочи.

Высокое гидростатическое давление обуславливает деформацию и дилатацию мочеточника и почечных лоханок. Создаются условия для переноса бактерий из нижних сегментов выделительной системы в верхние, что приводит к развитию острой или хронической рецидивирующей инфекции в паренхиме почек с замещением ренальной ткани на нефункциональную соединительную. Нефросклероз является причиной дисфункции почечного фильтра и развития жизнеугрожающих состояний.

64. Какие вы знаете возможные причины врожденной кишечной непроходимости (ее классификация)?

Эталон ответа: 1) патология кишечной трубки (высокая и низкая атрезии, стенозы)
2) патология кишечной стенки (болезнь Гиршпрунга)
3) патология кишечного содержимого (муковисцидоз)

- 4) сдавление кишки извне (опухоль, энтерокистома)
- 5) синдром мальротации (синдром Ледда – заворот средней кишки со сдавлением двенадцатиперстной кишки ее брыжейкой)

Ситуационные задачи.

65. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Что необходимо сделать, чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки?

Эталон ответа: парентерально ввести седативные препараты, тарнквизаторы (седуксен)

66. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от спаек. Какова дальнейшая тактика?

Эталон ответа: аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника

67. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Какое обследование следует провести?

Эталон ответа: Ректальное обследование на предмет развития пелвиоперитонита и наличия экссудата в дугласовом пространстве.

68. У ребенка по ходу послеоперационной раны определяется болезненный инфильтрат. Что необходимо выполнить?

Эталон ответа: необходимо снять один шов и произвести ревизию раны на предмет наличия очагового воспаления и выделения гноя и возможного формирования свища в брюшную полость и развития перитонита.

69. Во время операции обнаружены катаральные изменения в отростке при выраженных симптомах раздражения брюшины и напряжении мышц передней брюшной стенки до операции. Назовите дальнейшую тактику оперирующего хирурга.

Эталон ответа: ревизия брюшной полости – поиск возможного очага воспаления в меккелевом дивертикуле, придатках матки, желчном пузыре и т.п. , определение количества и характера экссудата - с последующей аппендэктомией.

70. У больного на вторые сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита резко ухудшилось состояние: возникли рвота, тахикардия, бледность, снижение гемоглобина, артериального давления до 110/70 мм рт. ст. Назовите предположительный диагноз, тактику врача-хирурга?

Эталон ответа: предположительно внутрибрюшное кровотечение, срочная релапаротомия в правой подвздошной области, поиск и ликвидация источника кровотечения.

71. Прошло две недели проведения консервативного лечения "холодного" аппендикулярного инфильтрата, инфильтрат не пальпируется. Назовите тактику врача-хирурга?

Эталон ответа: выписать под наблюдение детского хирурга поликлиники

72. У ребенка 3-х лет состояние тяжелое, обусловлено выраженным синдромом «внутригрудного напряжения»: цианоз носогубного треугольника, поверхностное дыхание с одышкой до 60–80 в 1 мин. Отмечается выраженное снижение дыхательных экскурсий на стороне поражения. Перкуторно в средних и верхних отделах гемиторакса определяется тимпанит, в нижних отделах – укорочение тона. Дыхание значительно ослаблено. На R-грамме грудной клетки определяется: значительное количество воздуха и жидкости в плевральной полости, коллабирующие легкое и смещающие средостение в противоположную сторону. При этом уровень жидкости четко дифференцируется на фоне воздуха. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа: напряженный (клапанный) пиопневмоторакс, необходимо дренирование плевральной полости, введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия.

73. У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Каков ваш предположительный диагноз и план обследования?

Эталон ответа: предположительно, поздняя спаечная непроходимость, необходимо выполнить обзорную рентгенограмму органов брюшной полости в вертикальном положении для подтверждения диагноза – установить наличие на рентгенограмме множественных «чаш Клойбера».

74. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Какой наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: инвагинация кишечника.

75. Ребенку установлен диагноз инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. Каковы дальнейшие действия врача?

Эталон ответа: показана экстренная госпитализация для оперативного лечения: проведения срединной лапаротомии и ревизии кишки, проведения дезинвагинации и определения жизнеспособности дезинвагинированной кишки, по показаниям – выведение стомы.

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 2	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК-2:

Задания закрытого типа

1. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Болезнь Шейерманна - Мау представляет собой:

- а) одну из форм анкилозирующего спондилоартрита
- б) следствие нарушения развития опорных площадок многих позвонков
- в) врожденную деформацию позвоночника
- г) старческий кифоз

Эталон ответа: б

2. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Болезнь Пертеса – это:

- а) асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте
- б) палиндромный ОРЛ
- в) эпифизиолиз головки бедренной кости
- г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости

Эталон ответа: а

3. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для болезни Шейерманна - Мау характерно все перечисленное, кроме:

- а) выраженной сутулости и умеренных болей в позвоночнике
- б) отсутствия поражений крестцово-подвздошных суставов
- в) отсутствия лабораторных признаков воспалительного процесса
- г) патологии связочного аппарата

Эталон ответа: г

4. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Юношеский кифоз и болезнь Шейерманна - Мау – это:

- а) одно и то же заболевание
- б) разные заболевания

Эталон ответа: а

5. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Ведущей теорией в этиологии остеохондропатий является:

- а) нейрогенная
- б) сосудистая
- в) травматическая
- г) воспалительная
- д) наследственная

Эталон ответа: б

6. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вторая стадия болезни Пертеса называется

- а) Стадия остеосклероза
- б) Стадия обострения
- в) Стадия остеопороза
- г) Стадия импрессионного перелома
- д) Стадия фрагментации

Эталон ответа: г

7. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Третья стадия болезни Пертеса называется

- а) Стадия остеосклероза
- б) Стадия обострения
- в) Стадия остеопороза
- г) Стадия остеонекроза
- д) Стадия фрагментации

Эталон ответа: д

8. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При болезни Шейермана-Мау грудной кифоз

- а) увеличен
- б) сглажен
- в) не изменен

Эталон ответа: а

9. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При болезни Келера II поражается

- а) Бугристость бѣберцовой кости
- б) Пяточная кость
- в) Таранная кость
- г) Ладьевидная кость стопы
- д) II–IV плюсневые кости

Эталон ответа: д

10. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При болезни Ганглунда-Шинца поражается

- а) Бугристость бѣберцовой кости
- б) Пяточная кость
- в) Таранная кость
- г) Ладьевидная кость стопы
- д) II–IV плюсневые кости

Эталон ответа: б

11. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной, дальнейшие действия предусматривают

- а) измерение внутрикостного давления
- б) дополнительную остеоперфорацию
- в) ушивание раны
- г) промывание костно-мозгового канала
- д) дренирование раны

Эталон ответа: б

12. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Ребенок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) н\3 бедра на 3 сутки заболевания. состояние тяжелое. интоксикация, пневмония. ребенку необходима

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

Эталон ответа: б

13. Инструкция: выберите один правильный ответ.
Сроки дренирования мягких тканей при ОГО определяются
- а) характером и количеством патологического отделяемого
 - б) улучшением самочувствия
 - в) динамикой лабораторных показаний
 - г) динамикой рентгеновских снимков
 - д) купированием болей

Эталон ответа: а

14. Инструкция: выберите один правильный ответ.
В патогенезе ОГО ведущее значение имеет
- а) травма
 - б) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя
 - в) длительное течение ОРВИ
 - г) неполноценное питание
 - д) сенсibilизация организма

Эталон ответа: б

15. Инструкция: выберите один правильный ответ.
При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано
- а) назначение антибиотиков, наблюдение
 - б) диагностическая пункция сустава
 - в) дренирование сустава
 - г) остеоперфорация
 - д) пункция кости и измерение внутрикостного давления

Эталон ответа: б

16. Инструкция: выберите один правильный ответ.
У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима:
- а) срочная операция
 - б) плановая операция
 - в) диагностическая пункция
 - г) наблюдение
 - д) антибиотикотерапия

Эталон ответа: б

17. Инструкция: выберите один правильный ответ.
У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Ваш диагноз:
- а) фурункулез
 - б) псевдофурункулез
 - в) флегмона подкожной клетчатки
 - г) абсцесс
 - д) рожистое воспаление

Эталон ответа: в

18. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка на второй день после укола кончика пальца дергающие боли. под ногтем гной.

Ваш диагноз:

- а) паронихий
- б) кожный панариций
- в) подкожный панариций
- г) подногтевой панариций
- д) флегмона

Эталон ответа: г

19. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Дайте определение некротической флегмоне новорожденного

- а) острое гнойно-некротическое воспаление подкожной клетчатки
- б) острое гнойно-некротическое воспаление фасциальных футляров предплечья и плеча
- в) острое гнойно-некротическое воспаление подкрыльцовой области

Эталон ответа: а

20. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Лечение флегмоны новорожденных

- а) встрытие в месте флюктуации
- б) пункция флегмоны
- в) мазевые аппликации
- г) физиотерапия
- д) множественные насечки по краю отежности, покраснения тканей

Эталон ответа: д

21. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Какая форма воспаления не представлена в классификации омфалита

- а) катаральная
- б) флегмонозная
- в) гангренозная
- г) некротическая

Эталон ответа: в

22. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При осмотре ребенка 3 недель в области пупка кожа гиперемирована, инфильтрирована. пупочная ранка в виде ранки, покрытой фибринозным налетом. При надавливании выделяется гной. Диагноз:

- а) фурункул передней брюшной стенки
- б) флегмонозный омфалит
- в) флегмона новорожденного
- г) катаральный омфалит
- д) рожистое воспаление

Эталон ответа: б

23. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Лечение катаральной формы омфалита

- а) встрытие и дренирование пупочной раны
- б) назначение антибиотиков, наблюдение в динамике
- в) туалет ранки, применение местных антисептиков, наблюдение в динамике
- г) множественные насечки по краю отежности и покраснения тканей

Эталон ответа: в

24. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Во время оперативного вмешательства по поводу ОГО выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. после выполнения декомпрессионной остеоперфорации показано:

- а) оставление резиновых выпускников в мягких тканях
- б) дренирование параоссального пространства по Редону
- в) утановление однопросветных дренажей для проточного промывания
- г) дренирование двухпросветной трубкой
- д) ушивание операционной раны наглухо

Эталон ответа: в

25. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции НЕ являются

- а) лампасные разрезы
- б) иссечение пораженных тканей
- в) нейтрализация действия циркулирующих токсинов
- г) коррекция нарушений гомеостаза
- д) строгая иммобилизация конечности

Эталон ответа: д

Задания открытого типа:

Задания на дополнение.

1. Инструкция: вставьте одно слово.

Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно усиление болей при расположении на _____ боку

Эталон ответа: левом

2. Инструкция: вставьте одно слово.

У пациента страдающего сахарным диабетом стертая клиническая картина острого аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо выполнить _____

Эталон ответа: лапароскопию

3. Инструкция: вставьте одно слово.

В случае возможности проведения «попутной» аппендэктомии при выполнении операций, не связанных с патологией аппендикса, у хирурга должно присутствовать стремление к _____ червеобразного отростка.

Эталон ответа: оставлению

4. Инструкция: вставьте одно слово.

У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает _____ и ушивание раны.

Эталон ответа: дренирование (дренирование перчаточной резиной)

5. Инструкция: вставьте одно слово.

Ребенка до 3 лет с “синдромом острой боли в животе” следует госпитализировать в _____ отделение

Эталон ответа: хирургическое

6. Инструкция: вставьте одно слово.

Наиболее достоверный клинический симптом острого аппендицита у детей - _____ передней брюшной стенки.

Эталон ответа: напряжение мышц или дефанс

7. Инструкция: вставьте одно слово.

При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно проведение клиновидной _____ подвздошной кишки в месте расположения дивертикула

Эталон ответа: резекции

8. Инструкция: вставьте одно слово.

Появление болей в эпигастрии при плевропневмонии обусловлено особенностями _____ .

Эталон ответа: иннервации.

9. Инструкция: вставьте несколько слов .

Сопутствующая неврологическая патология, сопутствующая соматическая патология, врожденные аномалии органов ЖКТ _____ противопоказаниями к проведению аппендэктомии при остром аппендиците.

Эталон ответа: не являются

10. Инструкция: вставьте одно слово.

Основной причиной развития кишечной инвагинации у детей является _____ перистальтики.

Эталон ответа: нарушение или дискоординация

Вопросы для собеседования.

11. Что является наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей?

Эталон ответа: напряжение мышц брюшной стенки, локальная болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины.

12. Какие наиболее важные отличительные признаки абдоминальной формы псевдотуберкулеза от острого аппендицита вы знаете?

Эталон ответа: Это ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в пояснице, гиперемия кожи и слизистых, относительная брадикардия, увеличение печени и селезенки, дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы.

13. Как необходимо закончить операцию при обнаружении холодного аппендикулярного инфильтрата?

Эталон ответа: ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции

14. Какие диагностические приемы, позволяют дифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения?

Эталон ответа: очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин)

15. Чем характеризуется клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет?

Эталон ответа: прежде всего, преобладанием общих симптомов (вялость, интоксикация, разлитая болезненность) над местными (локальная болезненность, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки - дефанс).

16. Какие показания к проведению пальцевого ректального исследования при подозрении на острый аппендицит?

Эталон ответа: пальцевое ректальное исследование должно проводиться всем детям, госпитализируемым с подозрением на острый аппендицит.

17. Что является основным преимуществом колоноскопии при инвагинации кишечника?

Эталон ответа: возможность решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

18. В каком возрасте чаще всего встречается кишечная инвагинация?

Эталон ответа: в грудном – 4-9 месяцев.

19. С чем связана наиболее частая заболеваемость инвагинацией кишечника в возрасте 4-9 месяцев?

Эталон ответа: с изменением характера содержимого ЖКТ из-за введения прикорма, что может являться провоцирующим фактором для развития инвагинации, особенно при наличии предрасполагающих анатомических особенностей (аномалий).

20. Каким должно быть лечение в начальном периоде инвагинации кишечника?

Эталон ответа: консервативное расправление инвагината воздухом под пальпаторным контролем расправления инвагината и контролем давления воздуха.

21. Какой метод рентгенологического исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации?

Эталон ответа: контрастная ирригография с воздухом – превмоирригография, характерен рентгенологический симптом «трезубца».

22. Что служит критерием эффективности консервативной терапии при инвагинации?

Эталон ответа: отхождение стула и газов, исчезновение болей.

23. Что такое инвагинация кишечника?

Эталон ответа: это чаще изоперистальтическое внедрение проксимального участка кишки в дистальный, чаще всего подвздошная кишка внедряется в восходящую ободочную.

24. Назовите типы инвагинаций.

Эталон ответа: тонко-тонкокишечная, толсто-толстокишечная, подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, редкие типы инвагинации (инвагинация червеобразного отростка).

25. Что является основной причиной инвагинации у детей старшего возраста (старше 1 года)?

Эталон ответа: чаще всего это механические причины - полипы, кисты, дивертикул Меккеля, удвоение подвздошной кишки, гипертрофированные бляшки Пейера, доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника

26. К какому виду кишечной непроходимости относится инвагинация?

Эталон ответа: Приобретенная механическая смешанная (обтурационная и странгуляционная) непроходимость.

27. Какие три основных клинических симптома характерны для инвагинации?

Эталон ответа: приступообразные связанные с перистальтикой боли в животе, пальпируемое в брюшной полости объемное образование – головка инвагината и кровянистые выделения из прямой кишки по типу «малинового желе».

28. С чем связан приступообразный характер болей при инвагинации?

Эталон ответа: приступообразный характер болей при инвагинации связан с прохождением перистальтической волны через головку инвагината.

29. Какие критерии эффективности консервативной дезинвагинации вы знаете?

Эталон ответа: резкое снижение давления на тонометре, симптом "хлопка", отхождение газов, исчезновение пальпируемой головки инвагината.

30. Какие критерии относят к признакам нежизнеспособности кишки после дезинвагинации?

Эталон ответа: резкий цианоз и отек кишки, пульсация сосудов кишечной стенки не восстановилась, нет видимой перистальтики кишки.

31. Какое должно быть лечение ранней спаечной кишечной непроходимости?

Эталон ответа: лечение должно начинаться с консервативных мероприятий: декомпрессия ЖКТ – промывание желудка, очистительная клизма, стимуляции моторики кишки –

прозерин, церукал, в/в капельных инфузий для коррекции общего состояния – восполнение ОЦК, коррекция КЩС и т.п., зависит от динамики состояния пациента, при отсутствии отхождения стула и газов в течении 2 часов после экстренной госпитализации - оперативное: висцеролиз.

32. Какие симптомы характерны для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом?

Эталон ответа: для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом характерны цианоз, одышка, пенистые выделения из носа и рта, развитие в дальнейшем дыхательных расстройств из-за инфекционных осложнений в легких.

33. Какое предельное расстояние между сегментами пищевода возможно для наложения прямого анастомоза, объясните почему?

Эталон ответа: по данным разных авторов 1,5-2,0 см, если расстояние будет больше, то при попытке наложения прямого анастомоза произойдет перерастяжение стенок пищевода, в них ухудшится кровоснабжение, что приведет к развитию недостаточности анастомоза.

34. Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода?

Эталон ответа: водорастворимые контрасты – уротраст, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из-за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инвазионных осложнений.

35. Какое оперативное пособие необходимо новорожденному с атрезией пищевода с диастазом более 3 см?

Эталон ответа: наложение нутритивной гастростомы и эзофагостомы для отвода слюны и сохранения глотательного рефлекса.

36. Чем обусловлено ухудшение состояния ребенка при наличии дистального трахеопищеводного свища при атрезии пищевода ?

Эталон ответа: помимо аспирации слюны из переполненного слепого проксимального сегмента пищевода - избыточным забросом воздуха в желудок, забросом желудочного содержимого в трахеобронхиальное дерево с развитием "химической" пневмонии, поступлением массивного количества слизи в трахеобронхиальное дерево.

37. Чем объясняется дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже?

Эталон ответа: сдавлением легкого на стороне поражения, при больших размерах грыжи – сдавлением легкого на противоположной стороне и развитием в легких застойных инфекционных осложнений – пневмонии, ателектазы и т.п.

38. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать врожденную диафрагмальную грыжу? Почему?

Эталон ответа: с врожденной лобарной эмфиземой, которая имеет кожную клинику и рентгенологические проявления.

39. Каким образом и при каком заболевании проводят пробу Элефанта?

Эталон ответа: при атрезии пищевода, результат пробы выражен при слепом краниальном сегменте пищевода, при этом вводят воздуха через катетер, установленный в слепой конец пищевода и введенный воздух с шумом выходит обратно через рот и нос ребенка.

40. Какие формы атрезии пищевода можно заподозрить при отсутствии на рентгенограмме газонаполнения желудка и кишечника?

Эталон ответа: безсвищевую форму либо атрезию пищевода с проксимальным трахиопищеводным свищем – будет наблюдаться выраженный синдром дыхательных расстройств.

41. В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза?

Эталон ответа: при врожденной кишечной непроходимости клиника очень активно развивается на 1 сутки после рождения, начало лечения ребенка со 2 суток уже чревато значительными осложнениями со стороны дыхательной системы и общими осложнениями, при пилоростенозе же клинические проявления непроходимости начинаются с 2-3 недели после рождения ребенка.

42. Назовите легочно-плевральные осложнения ОГДП?

Эталон ответа: пиоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс.

43. Назовите методы лечения абсцесса легкого.

Эталон ответа: антибактериальная терапия, санационные бронхоскопии, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, ингаляции.

44. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?

Эталон ответа: напряженный (клапанный) пиопневмоторакс с сдавлением здорового легкого.

45. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: абсцесс легкого после дренирования в бронх или плевральную полость.

46. Куда может дренироваться абсцесс легкого?

Эталон ответа: в бронх, в плевральную полость с образованием пиоторакса, и в бронх, и в плевральную полость с образованием пиопневмоторакса.

47. Что является причиной ошибочной аппендэктомии при деструктивных плевропневмониях?

Эталон ответа: выраженный абдоминальный болевой синдром, обусловленный раздражением нижних межреберных нервов, которые иннервируют так же эпигастральную область.

48. Каков механизм появления болей при остром гематогенном остеомиелите (ОГО)? Боли появляются до или после рентгенологических проявлений (периостита)?

Эталон ответа: боли при ОГО связаны с повышением внутрикостного давления из-за воспалительного отека костного мозга, появляются значительно раньше периостита – последний видно на рентгенограммах через 2 недели от начала заболевания.

49. Какую классификацию приобретенной кишечной непроходимости по механизмам развития вы знаете?

Эталон ответа: приобретенная кишечная непроходимость подразделяется на динамическую кишечную непроходимость (спастическую, паралитическую) и механическую кишечную непроходимость (обтурационную, странгуляционную и смешанную - инвагинацию кишки).

50. Каков патогенез болезни Гиршпрунга?

Эталон ответа: нарушение (замедление) миграции нервных клеток вдоль кишечной трубки на 7-12 неделе развития плода, из-за чего в стенке кишки не формируются парасимпатические Мейснеровское и Ауэрбаховское сплетения, развивается различный по протяженности аганглионарный участок кишки, неспособный к перистальтике, возникает кишечная непроходимость.

51. Какие вы знаете porto-кавальные анастомозы, где могут быть расширение вен и кровотечения при портальной гипертензии?

Эталон ответа: вены кардиального отдела желудка и 1/3 пищевода, вены передней брюшной стенки («голова медузы»), геморроидальные вены.

52. Какие возможны осложнения при проглатывании детьми батареек от часов?

Эталон ответа: перфорация пищевода в месте расположения батарейки (физиологические сужения), развитие медиастинита.

53. Какие заболевания объединены термином «синдром отечной мошонки» («острые заболевания яичка»? Что их объединяет?

Эталон ответа: Это перекрут и некроз гидатиды Морганьи, перекрут семенного канатика, острый орхит, травмы яичка. Объединяет их однотипное лечение – оперативная ревизия органов мошонки и оперативное устранение причины заболевания.

54. Что такое «гипоспадия без гипоспадии»?

Эталон ответа: это заболевание с нормально расположенным отверстием уретры, проявляется ее «крючковидной» деформацией в виде сгибания в вентральном направлении.

55. Какие виды ретенции яичка при крипторхизме вы знаете? Что такое ложный крипторхизм?

Эталон ответа: брюшная ретенция – яичко в брюшной полости и паховая ретенция – яичко в паховом канале. При ложном крипторхизме яичко находится в мошонке, но подтянуто к наружному паховому кольцу сокращением кремастерной мышцы.

56. Какие вы знаете особенности переломов детского возраста? Чем обусловлены эти особенности?

Эталон ответа: переломы по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы. Обусловлены толстой и прочной надкостницей (по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы) и наличием хрящевых зон роста как с метаэпифизарных пластинок, так и в апофизах (эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы).

57. Кефалогематома, патогенез, клиника.

Эталон ответа: Кефалогематома – последствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния:

- *Первая степень* – диаметром 4 см и менее.
- *Вторая степень* – диаметром от 4,1 до 8 см.
- *Третья степень* – более 8 см. По распространенности:
- *очаговая* – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры;
- *распространенная* – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит;

смешанная – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками.

58. Что такое переломо-вывихи костей предплечья (повреждения Монтеджа и Галеацци)?

Эталон ответа: повреждение Монтеджа - это повреждение предплечья относится к переломовывихам: перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой кости. В зависимости от механизма травмы и вида смещения различают сгибательный и разгибательный типы повреждений. Разгибательный тип возникает значительно чаще, чем сгибательный. Он характеризуется вывихом головки луча кпереди, с нередким разрывом кольцевидной связки лучевой кости и смещение перелома локтевой кости под углом открытым кзади. Повреждение Галеацци - характеризуется переломом лучевой кости в

средней трети или нижней трети с вывихом головки локтевой кости к тылу или в ладонную сторону (в зависимости от механизма травмы).

59. Какие вы знаете фазы течения ожоговой болезни? Охарактеризуйте их.

Эталон ответа: I. Ожоговый шок является первым периодом ожоговой болезни.

Продолжительность шока (от нескольких часов до нескольких суток) определяется преимущественно площадью поражения. Любая ожоговая рана является первично микробно зафиксированной, однако в период ожогового шока влияние инфекции еще не выражено.

II. Острая ожоговая токсемия является вторым периодом заболевания. Он начинается со 2—3 суток, продолжается 7—8 дней и характеризуется преобладанием явлений выраженной интоксикации.

III. Период септикотоксемии (ожоговой инфекции) условно начинается с 10-х суток и характеризуется преобладанием инфекционного фактора в течении заболевания. При отрицательной динамике процесса возможно развитие ожоговой кахексии, приводящей в последующем к гибели больного.

IV. Период реконвалесценции характеризуется постепенной нормализацией функций и систем организма. Он наступает после заживления ожоговых ран, либо после оперативного их закрытия.

Наиболее грозным проявлением ожоговой болезни, несущим непосредственную угрозу для жизни больного, является ожоговый шок.

60. Что такое остеохондропатии? Каков их патогенез?

Эталон ответа: Остеохондропатии - группа заболеваний, характеризующихся своеобразным изменением апофизов коротких и эпифизов длинных трубчатых костей, энхондрально оссифицирующихся костей кисти и стопы, позвоночника, реже других растущих костных структур. Остеохондропатии встречается преимущественно в детском и юношеском возрасте. Считается, что в связи с эмболией или тромбозом сосудов кости развивается ее асептический некроз. Некротизированные костные перекладины утрачивают прочность и повреждаются даже при малейшей нагрузке. В дальнейшем нарастает деформация эпифизов и апофизов костей, наблюдается болезненность суставов, нарушение их функции, конфигурации или конгруэнтности суставных поверхностей, что в конечном итоге приводит к развитию деформирующего артроза (отдаленное осложнение болезни Пертеса).

61. Какие стадии остеохондропатий вы знаете?

Эталон ответа: I стадия. Некроз костной ткани. Продолжается до нескольких месяцев.

Больного беспокоят слабые или умеренные боли в пораженной области, сопровождающиеся нарушением функции конечности. Пальпация болезненна.

Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены. Рентгенологические изменения в этот период могут отсутствовать.

II стадия. Компрессионный перелом. Продолжается от 2-3 до 6 и более месяцев. Кость «проседает», поврежденные костные балки вклиниваются друг в друга. На рентгенограммах выявляется гомогенное затемнение пораженных отделов кости и исчезновение ее структурного рисунка. При поражении эпифиза его высота уменьшается, выявляется расширение суставной щели.

III стадия. Фрагментация. Длится от 6 месяцев до 2-3 лет. На этой стадии происходит рассасывание омертвевших участков кости, их замещение грануляционной тканью и остеокластами. Сопровождается уменьшением высоты кости. На рентгенограммах выявляется уменьшение высоты кости, фрагментация пораженных отделов кости с беспорядочным чередованием темных и светлых участков.

IV стадия. Восстановление. Продолжается от нескольких месяцев до 1,5 лет. Происходит восстановление формы и, несколько позже – и структуры кости.

62. Дайте определение сколиоза. Что отличает сколиоз от сколиотической осанки?

Эталон ответа: Сколиоз – это сложная стойкая деформация позвоночника, сопровождающаяся, в первую очередь, искривлением в боковой плоскости с последующей ротацией позвонков и усилением физиологических изгибов позвоночника; или сколиоз – это сложная многоплоскостная деформация позвоночника. От сколиотической осанки отличается наличием ротации и торсии – стойких и необратимых морфологических изменений.

63. Каков патогенез пузырно-мочеточникового рефлюкса?

Эталон ответа: область соединения мочеточников с полостью мочевого пузыря анатомически представляет собой сфинктерный антирефлюксный аппарат, который обеспечивает ток урины только в нисходящем направлении. Это достигается благодаря определенному углу, под которым мочеточник впадает в мочевой пузырь, и внутрисстеночным гладким циркулярным мышцам. Главное патологическое звено формирования рефлюкса — снижение эффективности работы сфинктера в результате дисплазии мышечных волокон, их воспалительного повреждения, нарушения нервной регуляции. Морфофункциональные изменения приводят к срыву антирефлюксного механизма и нефизиологическому ретроградному движению мочи.

Высокое гидростатическое давление обуславливает деформацию и дилатацию мочеточника и почечных лоханок. Создаются условия для переноса бактерий из нижних сегментов выделительной системы в верхние, что приводит к развитию острой или хронической рецидивирующей инфекции в паренхиме почек с замещением ренальной ткани на нефункциональную соединительную. Нефросклероз является причиной дисфункции почечного фильтра и развития жизнеугрожающих состояний.

64. Какие вы знаете возможные причины врожденной кишечной непроходимости (ее классификация)?

Эталон ответа: 1) патология кишечной трубки (высокая и низкая атрезии, стенозы)
2) патология кишечной стенки (болезнь Гиршпрунга)
3) патология кишечного содержимого (муковисцидоз)
4) сдавление кишки извне (опухоль, энтерокистома)
5) синдром мальротации (синдром Ледда – заворот средней кишки со сдавлением двенадцатиперстной кишки ее брыжейкой)

Ситуационные задачи.

65. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Что необходимо

сделать, чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки?

Эталон ответа: парентерально ввести седативные препараты, тарнквизаторы (седуксен)

66. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от спаек. Какова дальнейшая тактика?

Эталон ответа: аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника

67. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Какое обследование следует провести?

Эталон ответа: Ректальное обследование на предмет развития пелвиоперитонита и наличия экссудата в дугласовом пространстве.

68. У ребенка по ходу послеоперационной раны определяется болезненный инфильтрат. Что необходимо выполнить?

Эталон ответа: необходимо снять один шов и произвести ревизию раны на предмет наличия очагового воспаления и выделения гноя и возможного формирования свища в брюшную полость и развития перитонита.

69. Во время операции обнаружены катаральные изменения в отростке при выраженных симптомах раздражения брюшины и напряжении мышц передней брюшной стенки до операции. Назовите дальнейшую тактику оперирующего хирурга.

Эталон ответа: ревизия брюшной полости – поиск возможного очага воспаления в меккелевом дивертикуле, придатках матки, желчном пузыре и т.п. , определение количества и характера экссудата - с последующей аппендэктомией.

70. У больного на вторые сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита резко ухудшилось состояние: возникли рвота, тахикардия, бледность, снижение гемоглобина, артериального давления до 110\70 мм рт. ст. Назовите предположительный диагноз, тактику врача-хирурга?

Эталон ответа: предположительно внутрибрюшное кровотечение, срочная релапаротомия в правой подвздошной области, поиск и ликвидация источника кровотечения.

71. Прошло две недели проведения консервативного лечения "холодного" аппендикулярного инфильтрата, инфильтрат не пальпируется. Назовите тактику врача-хирурга?

Эталон ответа: выписать под наблюдение детского хирурга поликлиники

72. У ребенка 3-х лет состояние тяжелое, обусловлено выраженным синдромом «внутригрудного напряжения»: цианоз носогубного треугольника, поверхностное дыхание с одышкой до 60–80 в 1 мин. Отмечается выраженное снижение дыхательных

экскурсий на стороне поражения. Перкуторно в средних и верхних отделах гемиторакса определяется тимпанит, в нижних отделах – укорочение тона. Дыхание значительно ослаблено. На R-грамме грудной клетки определяется: значительное количество воздуха и жидкости в плевральной полости, коллабирующие легкое и смещающие средостение в противоположную сторону. При этом уровень жидкости четко дифференцируется на фоне воздуха. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа: напряженный (клапанный) пиопневмоторакс, необходимо дренирование плевральной полости, введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия.

73. У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Каков ваш предположительный диагноз и план обследования?

Эталон ответа: предположительно, поздняя спаечная непроходимость, необходимо выполнить обзорную рентгенограмму органов брюшной полости в вертикальном положении для подтверждения диагноза – установить наличие на рентгенограмме множественных «чаш Клойбера».

74. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Какой наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: инвагинация кишечника.

75. Ребенку установлен диагноз инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. Каковы дальнейшие действия врача?

Эталон ответа: показана экстренная госпитализация для оперативного лечения: проведения срединной лапаротомии и ревизии кишки, проведения дезинвагинации и определения жизнеспособности дезинвагинированной кишки, по показаниям – выведение стомы.

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК- 5

Задания закрытого типа

1. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном

исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- A) острый аппендицит
- B) инвагинация кишечника
- C) аппендикулярный инфильтрат
- D) кишечная инфекция
- E) опухоль брюшной полости

Эталон ответа: B

2. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 10 мес, приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевидное образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз - инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценивать как:

- A) начальный период
- B) период ярких клинических проявлений
- C) период непроходимости кишечника
- D) явления перитонита
- E) период осложнений

Эталон ответа: A

3. Инструкция: выберите один правильный ответ.

К характерным признакам инвагинации относятся все указанные, кроме

- A) стул в виде "малинового желе"
- B) пальпируемое "колбасовидное" образование в брюшной полости
- C) приступообразный характер боли
- D) симптом Щеткина-Блюмберга

Эталон ответа: D

4. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Какой метод исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации?

- A) пассаж бария по ЖКТ
- B) ирригография с воздухом
- C) хромоцистоскопия
- D) обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении

Эталон ответа: B

5. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Классический вариант клинической картины инвагинации включает в себя все перечисленные симптомы, кроме:

- A) приступообразного болевого синдрома
- B) рвоты
- C) стула в виде "малинового желе"
- D) пальпируемой в брюшной полости головки инвагината

Эталон ответа: B

6. Инструкция: выберите один правильный ответ.

К дополнительным методам диагностики при инвагинации относят все перечисленные, кроме

- A) УЗИ органов брюшной полости
- B) пневмоирригографии
- C) колоноскопии

D) фиброгастроэзофагодуоденоскопии

Эталон ответа: D

7. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Дифференцировать инвагинацию необходимо со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

A) выпадения прямой кишки

B) дизентерии

C) мезаденита

D) абдоминального синдрома при болезни Шейнлейн-Геноха

Эталон ответа: B

8. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Выберите характерные рентгенологические признаки кишечной непроходимости

A) дефект наполнения

B) супрастенотическое расширение стенок кишки

C) чаши Клойбера

D) "ниша"

Эталон ответа: C

9. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование необходимо начать с:

A) обзорной рентгенографии органов брюшной полости в двух проекциях в вертикальном положении

B) дачи бариевой взвеси через рот

C) гипертонической клизмы

D) ректального исследования

E) пальпации живота под наркозом

Эталон ответа: A

10. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн-Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

A) болезненное опухание суставов

B) геморрагические высыпания на коже

C) гематурия, альбуминурия

D) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи

E) Комбинация перечисленных симптомов

Эталон ответа: D

11. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно:

A) усиление болей при расположении на левом боку

B) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного

C) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации в правой подвздошной области

D) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки

Эталон ответа: A

12. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для симптома Думбадзе при остром аппендиците характерно:

- A) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- B) болезненность при пальпации в области пупочного кольца
- C) уменьшение болей в положении на животе
- D) усиление болей при отведении купола кишки медиально
- E) снижение или отсутствие брюшных рефлексов

Эталон ответа: B

13. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для острого аппендицита характерны следующие изменения в ОАК:

- A) умеренный лейкоцитоз и сдвиг нейтрофильной формулы влево
- B) гиперлейкоцитоз
- C) лейкопения
- D) отсутствие изменений
- E) ускорение СОЭ

Эталон ответа: A

14. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- A) на спине
- B) на животе
- C) на правом боку с приведенными ногами
- D) на левом боку
- E) сидя

Эталон ответа: C

15. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- A) ввести промедол
- B) ввести седуксен
- C) ввести спазмолитики
- D) сделать теплую ванну
- E) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна

Эталон ответа: B

16. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного – острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае показано:

- A) срединная лапаротомия
- B) лапаротомия разрезом по Пфаненштилю
- C) лапаротомия разрезом в правой подвздошной области
- D) лапароскопию
- E) динамическое наблюдение

Эталон ответа: D

17. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое

мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:

- A) с пальпации живота под наркозом
- B) с лапароскопии
- C) с рентгеноскопии грудной клетки
- D) с ультразвукового исследования брюшной полости
- E) с ректального исследования

Эталон ответа: E

18. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей является:

- A) локальная боль
- B) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- C) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- D) симптом Щеткина и рвота
- E) жидкий стул и рвота

Эталон ответа: C

19. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее важными отличительными признаками абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются:

- A) ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в пояснице, гиперемия кожи и слизистых
- B) относительная брадикардия
- C) увеличение печени и селезенки
- D) дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы
- E) комплекс перечисленных признаков

Эталон ответа: E

20. Инструкция: выберите один правильный ответ.

В какое отделение следует госпитализировать ребенка до 3 лет с “синдромом острой боли в животе”?:

- A) соматическое
- B) инфекционное
- C) провизорное
- D) хирургическое

Эталон ответа: D

21. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Укажите диагностический прием, позволяющий от дифференцировать копростаз от острого аппендицита:

- A) обзорная рентгенография органов брюшной полости
- B) термометрия
- C) биохимический анализ крови
- D) очистительная клизма

Эталон ответа: D

22. Инструкция: выберите один правильный ответ.

С какими заболеваниями дифференцируют острый аппендицит у детей до 3 лет?

- A) плевропневмония
- B) частичная атрезия 12-перстной кишки
- C) пилоростеноз
- D) перекрут кисты яичника

Эталон ответа: А

23. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет характеризуется

- А) преобладанием общих симптомов над местными
- В) преобладанием местных симптомов над общими
- С) местные и общие симптомы представлены равнозначно
- Д) местная симптоматика отсутствует

Эталон ответа: А

24. Инструкция: выберите один правильный ответ.

все диагностические мероприятия при атрезии пищевода верны, кроме

- А) бронхоскопии
- В) пробы Элефанта
- С) эзофагоскопии
- Д) рентгенографии пищевода

Эталон ответа: А

25. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При анализе рентгенограмм новорожденного с атрезией пищевода можно выяснить все перечисленное, кроме

- А) уровня атрезии
- В) размеров свища
- С) изменений в легких
- Д) формы атрезии

Эталон ответа: В

Задания открытого типа:

Задания на дополнения.

1. Инструкция: вставьте несколько слов.

Признаки атрезии пищевода - _____ из носа и рта.

Эталон ответа: слизисто-пенистые выделения

2. Инструкция: вставьте несколько слов.

Для диагностики атрезии пищевода нельзя использовать _____.

Эталон ответа: бариевую взвесь

3. Инструкция: вставьте одно слово.

При подозрении на врожденную диафрагмальную грыжу нельзя использовать _____ пункцию .

Эталон ответа: плевральную

4. Инструкция: вставьте одно слово.

К ведущим рентгенологическим признакам врожденной диафрагмальной грыжи относится определяющиеся в плевральной полости петли _____.

Эталон ответа: кишечника.

5. Инструкция: вставьте одно слово.
Основное отличие истинной диафрагмальной грыжи от ложной - наличие грыжевого _____.
- Эталон ответа: мешка
6. Инструкция: вставьте одно слово.
Основное заболевание, с которым нужно дифференцировать диафрагмальную грыжу – это врожденная лобарная _____.
- Эталон ответа: эмфизема
7. Инструкция: вставьте одно слово.
Диафрагмальная грыжа и атрезия пищевода могут приводить к синдрому _____ расстройств.
- Эталон ответа: дыхательных.
8. Инструкция: вставьте одно слово.
Дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже обусловлено сдавлением _____.
- Эталон ответа: легких.
9. Инструкция: вставьте одно слово.
При подозрении на атрезию пищевода при обследовании в родильном зале показано введение в пищевод _____ желудочного зонда с последующей рентгенографией.
- Эталон ответа: рентгенконтрастного.
10. Инструкция: вставьте одно слово.
Проба Элефанта – это введение _____ через катетер, установленный в слепой конец пищевода.
- Эталон ответа: воздуха.

Вопросы для собеседования.

11. Какие вы знаете три основных рентгенологических признака пиопневмоторакса?
- Эталон ответа: горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, свободный газ (воздух) над жидкостью и коллабированное легкое. При клапанном механизме - смещение средостения в противоположную сторону.
12. Какие вы знаете рентгенологические признаки пневмоторакса?
- Эталон ответа: свободный газ (воздух) в плевральной полости и коллабированное легкое. При клапанном механизме - смещение средостения в противоположную сторону.

13. Какие вы знаете рентгенологические признаки пиоторакса?

Эталон ответа: косой уровень жидкости в плевральной полости по линии Соколова-Дамуазо, отсутствие дифференцировки купола диафрагмы и плеврального синуса. При тотальном пиотораксе - затемнение соответствующей половины со смещением средостения в противоположную сторону, расширение межреберных промежутков.

14. Какие вы знаете рентгенологические признаки абсцесса легкого?

Эталон ответа: до дренирования – гомогенная округлая тень в легком с неровными четкими контурами, после дренирования – толстостенная полость с уровнем жидкости, имеет неровные четкие контуры (перифокальная реакция).

15. В какие сроки от начала заболевания проявляются рентгенологические изменения в костях при остром гематогенном остеомиелите?

Эталон ответа: изменения в виде периостита появляются через 14 дней от начала заболевания, изменения в виде неоднородности костной ткани («кость изъеденная молью») через 21 день.

16. Какое исследование показано при подозрении на эпифизарный остеомиелит?

Эталон ответа: диагностическая пункция сустава с последующим посевом пунктата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

17. Какое исследование позволяет достоверно поставить диагноз острого гематогенного остеомиелита на ранних стадиях, до появления его рентгенологических признаков?

Эталон ответа: пункция кости или операция остеоперфорация и измерение внутрикостного давления в течение 1-2 минут

18. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гидраденит?

Эталон ответа: с подмышечным лимфаденитом, с фурункулом подмышечной области, с лимфогранулематозом и другими лимфопролиферативными заболеваниями, с болезнью кошачьих царапин.

19. Какие основные деформации стопы (компоненты) диагностируют при врожденной косолапости?

Эталон ответа: конская стопа, приведение стопы, супинация. Дополнительно – полая стопа (cavus), варусная деформация (пяток).

20. Каким образом вы определите степень тяжести врожденной косолапости?

Эталон ответа: легкая степень – при редрессации стопа полностью выводится в нормальное положение, средняя степень тяжести - при редрессации стопа частично выводится в нормальное положение (ощущается сопротивление сухожилий), тяжелая форма – стопа не выводится в нормальное положение, костная деформация.

21. При каких заболеваниях можно диагностировать атипичную (вторичную) косолапость?

Эталон ответа: основными заболеваниями, сопровождающиеся развитием косолапости – это ДЦП и артрогрипоз.

22. Возможна ли пренатальная диагностика врожденной косолапости и в какие сроки?

Эталон ответа: да, возможна, на 20-22 неделе внутриутробного развития.

23. В каких случаях можно диагностировать идиопатический сколиоз?

Эталон ответа: об идиопатическом сколиозе говорят, если имеется структуральная деформация позвоночника, происхождение которой невозможно установить.

24. В каких случаях можно диагностировать врожденный сколиоз?

Эталон ответа: о врожденном сколиозе говорят, если имеется сколиотическая деформация на почве врожденных аномалий развития позвоночника, например, добавочных клиновидных полупозвонков.

25. Какие стойкие морфологические изменения в позвоночнике отличают сколиоз от сколиотической осанки? Как их можно диагностировать?

Эталон ответа: это ротация и торсия позвонков, деформации, которые пациент не может одномоментно устранить, как в случае патологической осанки. Диагностировать их можно как клинически при осмотре – асимметрия мышечных валиков, так и на рентгенограммах – асимметрия остистых отростков.

26. В каких проекциях и в каком положении пациента должны быть выполнены рентгенограммы для диагностики сколиоза?

Эталон ответа: спондилография при подозрении на сколиоз выполняется в прямой проекции в положении стоя, прямой проекции в положении лежа и боковой проекции в положении стоя.

27. Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре спереди?

Эталон ответа: при осмотре спереди хорошо заметны асимметрия надплечий, треугольников талии, левой и правой половин грудной клетки (увеличение и уменьшение), асимметрия сосков либо молочных желез, асимметрия пупка, асимметрия передних верхних подвздошных остей (необходимо исключить укорочение нижней конечности).

28. Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре сзади?

Эталон ответа: при осмотре спереди хорошо заметны асимметрия надплечий, треугольников талии, асимметрия лопаток и различное расстояние от лопаток до остистых отростков, при выраженной дуге искривления заметны деформации линии остистых отростков и мышечных валиков, асимметрия задних верхних подвздошных остей.

29. Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре в кранио-каудальном положении (наклон вперед)?

Эталон ответа: при осмотре в кранио-каудальном положении хорошо заметны деформации линии остистых отростков и мышечных валиков, асимметрия лопаток с крыловидным смещением кзади одной из них из-за формирующегося реберного горба.

30. Назовите 5 клинических признаков врожденного вывиха бедра у новорожденного.

Эталон ответа: асимметрия кожных складок (паховых, ягодичных и подколенных), относительное укорочение нижней конечности на стороне вывиха, симптом «щелчка» (Маркса-Ортолани), ограничение отведения нижней конечности, избыточная наружная ротация стопы на стороне вывиха.

31. Для чего при сколиозе делают рентгенограммы в прямой проекции в положении стоя и лежа?

Эталон ответа: для определения индекса стабильности, который имеет прогностическое значение при лечении сколиоза. Индекс стабильности равен отношению угла искривления в положении лежа к углу искривления в положении стоя. При стабильном позвоночнике индекс стабильности приближается к 1, а при мобильном стремится к 0.

32. Как производят измерение дуги искривления при сколиозе по методике Фергюссона?

Эталон ответа: для этого обозначают на рентгенограмме середины двух интактных позвонков выше и ниже дуги искривления и одного – на вершине дуги искривления, соединяют их линиями и измеряют получившиеся углы.

33. Как производят измерение дуги искривления при сколиозе по методике Кобба?

Эталон ответа: для этого на рентгенограмме проводят две линии касательные к телам позвонков выше и ниже дуги искривления и от этих касательных проводят перпендикуляры, в месте пересечения перпендикуляров получают угол искривления.

34. Какие вы знаете рентгенологические схемы для диагностики врожденного вывиха бедра у новорожденных и детей с 3-5 месяцев? В чем отличие этих схем?

Эталон ответа: до 3-5 месяцев – схема Хильгенрайнера – не предполагает наличия ядра окостенения в головке бедренной кости, с 3-5 месяцев – схема

Рейнберга – используется с учетом появившегося ядра окостенения в головке бедренной кости.

35. Какие вы знаете нормальные показатели для оценки врожденного вывиха бедра по схеме Хильгенрайнера?

Эталон ответа: угол альфа (ацетабулярный индекс) – между линией, касательной к крыше вертлужной впадины и линией Келера, в норме до 30*, высота h – от шейки бедренной кости до линии Келера – на менее 10,0 мм и расстояние d (или c) на линии Келера от вершины угла альфа до высоты h – 10-15 мм.

36. Какие клинические симптомы врожденного вывиха бедра могут быть недостоверны при двустороннем вывихе?

Эталон ответа: асимметрия кожных складок (паховых, ягодичных и подколенных), относительное укорочение нижней конечности, ограничение отведения нижней конечности, избыточная наружная ротация стопы.

37. В какие сроки после рождения ребенка и кем должна быть проведена клиническая диагностика врожденного вывиха бедра, почему?

Сразу после рождения ребенка, педиатр-неонатолог, через 10-14 дней после рождения у ребенка появляется мышечный гипертонус, который затрудняет клиническую диагностику.

38. Какое инструментальное неинвазивное исследование показано ребенку до 3 месяцев при подозрении на врожденный вывих бедра? Кто является автором методики и классификации?

Эталон ответа: УЗИ тазобедренных суставов с определением типа строения тазобедренного сустава по Графу.

39. Какие инструментальные неинвазивные исследования показаны ребенку с 3 месяцев при подозрении на врожденный вывих бедра?

Эталон ответа: УЗИ тазобедренных суставов с определением типа строения тазобедренного сустава по Графу, рентгенограмма ТБС в прямой и аксиальной (по Лаунштейну) проекциях.

40. Как изменяется диагностическая ценность ультразвукового метода в отношении врожденного вывиха бедра в течении первого года жизни?

Эталон ответа: диагностическая ценность ультразвукового метода в отношении врожденного вывиха бедра не меняется на протяжении первого года жизни.

41. Что такое симптом Тренделенбурга и для чего он используется?

Эталон ответа: для диагностики врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года, при стоянии на одной ноге (пораженной) наблюдается опускание ягодичной складки (таза) на противоположной стороне. Это также заметно во

время ходьбы: компенсация осуществляется за счет бокового наклона туловища в пораженную сторону во время фазы опоры на пораженную ногу.

42. При каком из известных вам врожденных заболеваний у ребенка формируется «утиная походка», почему?

Эталон ответа: при врожденном вывихе бедра, опускание таза на стороне, противоположной вывиху также заметно во время ходьбы: компенсация осуществляется за счет бокового наклона туловища в пораженную сторону во время фазы опоры на пораженную ногу – так формируется «утиная походка».

43. Каким диагностическим исследованием можно подтвердить наличие синдрома кишечной непроходимости?

Эталон ответа: обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении – определяются множественные горизонтальные уровни жидкости в петлях кишки – «чаши» Клойбера.

44. Как по рентгенограмме дифференцировать врожденные высокую и низкую непроходимость?

Эталон ответа: на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в вертикальном положении при высокой непроходимости определяются 1-2 «чаши» Клойбера – в желудке и двенадцатиперстной кишке, при низкой – множественные «чаши».

45. Каким исследованием можно подтвердить диагноз пилоростеноза у ребенка? Как оно проводится?

Эталон ответа: контрастное исследование ЖКТ – используют водорастворимый контраст, реже барий, после введения которого рентген делают снимки через 20 минут и 3 часа производят два снимка (в вертикальном положении ребенка). В норме контраст должен эвакуироваться из желудка, если он там еще остается, возможно проведение повторных снимков через 6 и 24 часа.

46. Какое рентгенологическое исследование позволяет подтвердить наличие болезни Гиршпрунга? Что в этом исследовании является патогномоничным для этого заболевания?

Эталон ответа: ирригография – рентгеновское исследование толстой кишки с введением контраста через прямую кишку, патогномоничной является визуализация перехода узкой и гладкой аганглионарной зоны кишки в супрастенотическое расширение.

47. В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза?

Эталон ответа: при врожденной кишечной непроходимости клиника очень активно развивается на 1 сутки после рождения, начало лечения ребенка со 2 суток уже чревато значительными осложнениями со стороны дыхательной

системы и общими осложнениями, при пилоростенозе же клинические проявления непроходимости начинаются с 2-3 недели после рождения ребенка.

48. Какие диагностические приемы, позволяют дифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения?

Эталон ответа: очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин)

49. Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода?

Эталон ответа: водорастворимые контрасты – уротраст, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из-за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инвазионных осложнений.

50. Какие вы знаете клинические признаки пилоростеноза?

Эталон ответа: рвота «фонтаном» (большим объемом и на большое расстояние), возникающая между кормлениями, уменьшения объема выделяемой мочи, редкого, скудного стула, потеря веса ребенком.

51. Какие вы знаете клинические признаки болезни Гиршпрунга?

Эталон ответа: значительное вздутие живота, симптом «глины», хроническая интоксикация, значительная потеря веса, хронический запор – часто дети не ходят в туалет без клизмы, который иногда сменяется «парадоксальным поносом» из-за энтерита.

52. Какое рентгенологическое исследование проводят для диагностики атрезии прямой кишки? Техника проведения, цель исследования?

Эталон ответа: инвертограмма по Вангенстину, на область предполагаемого заднего прохода лейкопластырем крепят металлический предмет, затем выполняют рентгеновский снимок в боковой проекции в положении ребенка вниз головой, в этом положении контрастируется газ в слепом куполе прямой кишки, измеряют расстояние от металла до вершины купола для определения высоты атрезии.

53. Как отличить свищевое отверстие (например, промежностный свищ) от эктопированного ануса?

Эталон ответа: по наличию сфинктера – наличие анального сосочка", перианальной пигментации, определение анального "рефлекса.

54. Какой основной клинический признак наличия ректопузырного или ректоуретрального свища? Будет ли разница клинических проявлений ректопузырного или ректоуретрального свищей?

Эталон ответа: наличие кала в моче, при ректопузырном свище вся отделяемая моча будет иметь примесь кала, а при ректоуретральном – только первая порция мочи.

Ситуационные задачи.

55. Больной Р., 5 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, головные боли, одышку, общую слабость. Заболел год назад. На рентгенограммах грудной клетки в верхнемедиальном отделе левого легочного поля в проекции заднего сегмента выявляется интенсивная гомогенная, округлой формы с четким нижненаружным контуром тень – размеры 6х7 см., которая медиальным краем сливается с тенью II – III грудных позвонков.

Какой предположительный диагноз? Какие методы исследования нужно провести? Тактика?

Эталон ответа: Рентгенологическая картина характерна для неврогенных опухолей средостения. Необходимо провести компьютерную томографию, пневмомедиастинографию. При отсутствии абсолютных противопоказаний необходимо больного оперировать – удалить опухоль.

56. У новорожденного Н. медперсонал обратил внимание на ярко красное образование 5х4 см в области лобка со спонтанным выделением мочи из этой области.

Поставьте диагноз. Каков генез заболевания? Нужны ли дополнительные методы исследования?

Эталон ответа: Экстрофия мочевого пузыря. Врожденное заболевание – результат недоразвития каудального конца эмбриона. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов (сочетанных пороков).

57. Больной 15 лет, поступил с жалобами на тошноту, слабость, умеренные боли в животе. Со слов больного, 4 суток назад вечером появились боли в эпигастрии, тошноту. Появление вышеперечисленных болей, больной связывает с употреблением недоброкачественных продуктов и поэтому лечился самостоятельно. К утру боли несколько стихли и стали локализоваться в правой подвздошной области. Больной продолжил самолечение. Однако в связи с ухудшением состояния здоровья, появление тошноты, вздутие живота, повышение температуры тела, больной обратился за медицинской помощью. При физикальном обследовании: лицо заострено, пульс 90 в 1 минуту, температура тела – 39,8 градусов. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. В отлогих местах – притупление. При УЗИ определяется свободная жидкость в животе.

Ваш предположительный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз? Какие инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа: с учетом, анамнеза заболевания (начало заболевания – боли в эпигастрии и потом в правой подвздошной области – симптом Кохера), клиники

воспалительного процесса в брюшной полости можно заподозрить у больного перитонит, вероятно вследствие деструктивного аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо провести лапароскопическое исследование.

58. В хирургическом отделении находится на лечении больная Б., 14 лет, которой 5 дней назад была произведена операция - аппендэктомия - по поводу гангренозного аппендицита, тифлита, местного перитонита. Брюшная полость была ушита наглухо, хотя культю отростка надежно погрузить не удалось в связи с явлениями тифлита. После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться, к вечеру до 38-39,5. Появились боли внизу живота, тенезмы. Тошноты рвоты нет, аппетит несколько снижен. При исследовании *per rectum* определяется: зияние ануса, нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. При исследовании *per vaginam*: нависание заднего свода влагалища, резкая болезненность при смещении матки.

Поставьте предварительный диагноз. В чем вы видите наиболее вероятную причину возникновения заболевания? Какие ошибки были допущены хирургом во время оперативного вмешательства? Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.

Эталон ответа: абсцесс Дугласова пространства (отграниченный перитонит).

В данном случае возникновение осложнения можно связать с дефектом оперативного пособия, при явлении воспаления купола слепой кишки и ненадежном погружении культи червеобразного отростка хирург должен был подвести отграничивающий тампон к месту вмешательства, а также дренировать брюшную полость перчаточнo-трубчатым дренажем.

Общий анализ крови - наблюдается высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Общий анализ мочи - появление лейкоцитов, неизмененных эритроцитов.

Надежным и достаточно недорогим методом исследования который помогает поставить диагноз абсцесса Дугласова пространства является метод УЗИ особенно при наполнении мочевого пузыря и создании сонографического окна. Поставить диагноз абсцесса Дугласова пространства, особенно при малых количествах гноя, помогает исследование с использованием ректального или вагинального датчика.

КТ или МРТ, также являются достаточно точными методами в постановке топического диагноза гнойных полостных образований, но являются дорогостоящими и не везде доступными методами.

Надежным и достаточно простым методом диагностики абсцесса Дугласова пространства является получение гноя во время диагностической пункции через задний свод влагалища.

59. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещение средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?

Эталон ответа: напряженный пиопневмоторакс.

60. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Какой наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: абсцесс легкого после дренирования.

61. На рентгенограмме вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: плащевидный плеврит.

62. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: пиоторакс.

63. На рентгенограмме горизонтальный уровень жидкости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: простой пневмоторакс

64. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме - тонкостенная полость с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Ваш диагноз?

Эталон ответа: нагноившаяся киста легкого.

65. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?

Эталон ответа: напряженный пиопневмоторакс.

66. Рентгенологически выявлен очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Жалоб нет. анализ крови в пределах нормы. Какое диагностическое мероприятие необходимо провести?

Эталон ответа: диагностическая пункция с последующим отправлением пунктата на посев и гистологическое исследование.

67. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Ваш диагноз?

Эталон ответа: флегмона подкожной жировой клетчатки.

68. У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре 3 гнойных стержня. Ваш диагноз?

Эталон ответа: карбункул.

69. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко красного цвета с резко очерченными фестончатыми краями. тенденция к распространению. Ваш диагноз?

Эталон ответа: рожистое воспаление.

70. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика, по краю ногтя гной. Ваш диагноз?

Эталон ответа: паронихий.

71. У ребенка на второй день после укола кончика пальца дергающие боли. Под ногтем гной. Ваш диагноз?

Эталон ответа: подногтевой панариций.

72. На какой день заболевания следует ожидать появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет?

Эталон ответа: на 7-9 день от начала заболевания

73. У ребенка 2 мес в области поясницы определяется отечное багрового цвета образование с кратерообразным углублением в центре. Ваш диагноз?

Эталон ответа: начальная стадия некротической флегмоны новорожденных.

74. При осмотре ребенка 3 недель в области пупка кожа гиперемирована, инфильтрирована. пупочная ранка в виде ранки, покрытой фибринозным налетом. При надавливании выделяется гной. Ваш диагноз?

Эталон ответа: флегмонозный омфалит

75. У ребенка на рентгенограмме выявлено 6 позвонков в поясничном отделе позвоночника, между 1 и 2 крестцовыми позвонками присутствует хрящевой диск. Как называется такая особенность, какие возможны осложнения?

Эталон ответа: это люмбализация, в дальнейшем возможны нарушения осанки в виде сколиоза (диспластический вариант) из-за гиперподвижности поясничного отдела позвоночника.

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

Задания закрытого типа

1. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Характерным симптомом для срединных кист шеи является:

- А) боли при глотании;
- Б) смещаемость кисты при глотании;
- В) расположение над яремной ямкой;
- Г) плотная консистенция;
- Д) периодическое исчезновение.

Эталон ответа: Б

2. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для боковых кист шеи характерны:

- А) болезненность при пальпации;
- Б) истончение кожи над образованием;
- В) расположение над яремной веной;
- Г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы;
- Д) плотная консистенция.

Эталон ответа: Г

3. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:

- А) лимфангиомой;
- Б) периоститом нижней челюсти;
- В) лимфаденитом;
- Г) флебэктазией яремной вены;
- Д) дермоидной кистой.

Эталон ответа: Б

4. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

- А) тошнота и рвота;
- Б) подъем температуры;
- В) эластическое выпячивание в паховой области;
- Г) боли в животе;
- Д) плохой аппетит.

Эталон ответа: В

5. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:

- А) с орхитом;
- Б) с водянкой оболочек яичка;
- В) с варикоцеле;
- Г) с перекрутом гидатиды Морганьи;
- Д) с орхоэпидидимитом.

Эталон ответа: Б

6. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

- А) появление припухлости в одной половине мошонки;
- Б) ухудшение общего состояния;
- В) подъем температуры;
- Г) резкая болезненность;
- Д) гиперемия мошонки.

Эталон ответа: А

7. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:

- А) отечность в паховой области;
- Б) гиперемия в паховой области;
- В) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;
- Г) резкая болезненность;
- Д) расширение наружного пахового кольца.

Эталон ответа: В

8. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:

- А) расширение пупочного кольца;
- Б) в покое легко вправляется;
- В) частое ущемление;
- Г) в покое трудно вправляется;
- Д) выпячивание чаще появляется при беспокойстве.

Эталон ответа: В

9. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- А) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- Б) приступообразные боли в животе;
- В) тошнота и рвота;
- Г) диспептические явления;
- Д) гиперемия и припухлость.

Эталон ответа: А

10. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является

- А) боли в паховой области;
- Б) тошнота и рвота;
- В) хронические запоры;
- Г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
- Д) необоснованный подъем температуры.

Эталон ответа: Г

11. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Характерным симптомом для порока развития поверхностных вен является

- А) боль;
- Б) варикозное расширение вен;
- В) атрофия мягких тканей;
- Г) симптом губки;
- Д) флеболиты.

Эталон ответа: Б

12. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для пороков развития глубоких вен характерно:

- А) наличие варикозного расширения вен;

- Б) трофические расстройства;
- В) гипертрофия и утолщение пораженной конечности;
- Г) атрофия пораженного органа;
- Д) наличие флеболитов.

Эталон ответа: В

13. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам;
- Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- В) малая распространенность в окружающей среде;
- Г) стертость клинических проявлений;
- Д) редко развивается антибиотикорезистентность.

Эталон ответа: Д

14. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

- А) для фурункула;
- Б) для карбункула;
- В) для флегмоны;
- Г) для фурункулеза;
- Д) для псевдофурункулеза.

Эталон ответа: А

15. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункул;
- Б) карбункул;
- В) флегмона;
- Г) рожистое воспаление;
- Д) абсцесс подкожной клетчатки.

Эталон ответа: Г

16. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

- А) фурункулез;
- Б) псевдофурункулез;
- В) абсцесс подкожной клетчатки;
- Г) флегмона;
- Д) рожистое воспаление.

Эталон ответа: Б

17. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз:

- А) паронихий;

- Б) кожный панариций;
- В) флегмона;
- Г) абсцесс;
- Д) подкожный панариций.

Эталон ответа: А

18. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- А) паронихию;
- Б) кожному панарицию;
- В) подкожному панарицию;
- Г) подногтевому панарицию;
- Д) костному панарицию.

Эталон ответа: В

19. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А) флегмона кисти;
- Б) кожный панариций;
- В) подкожный панариций;
- Г) костный панариций;
- Д) сухожильный панариций.

Эталон ответа: А

20. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

Эталон ответа: В

21. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится:

- А) к обрывному;
- Б) к затяжному;
- В) к молниеносному;
- Г) к хроническому;
- Д) к септикопиемическому.

Эталон ответа: Г

22. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень:

- А) ниже 90 мм. водн.ст.;
- Б) 96-122 мм. водн. ст.;
- В) 122-140 мм. водн. ст.;
- Г) 140-160 мм. водн. ст.;
- Д) 160-180мм. водн.ст.

Эталон ответа: Б

23. Инструкция: выберите один правильный ответ.

У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А) гипоплазия легкого;
- Б) аплазия легкого
- В) агенезия легкого;
- Г) ателектаз;
- Д) буллы.

Эталон ответа: Б

24. Инструкция: выберите один правильный ответ.

При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А) бронхоэктазия;
- Б) агенезия легкого;
- В) аплазия легкого;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) ателектаз.

Эталон ответа: Г

25. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень, прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево со снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

- А) киста легкого;
- Б) лобарная эмфизема;
- В) напряженный пневмоторакс;
- Г) гипоплазия легкого;
- Д) агенезия легкого.

Эталон ответа: Б

Задания открытого типа.

Задания на дополнение:

1. Инструкция: вставьте одно слово.

Пищевод Барретта - это _____ слизистой пищевода;

Эталон ответа: метаплазия.

2. Инструкция: вставьте одно слово.

При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается _____ доля слева;

Эталон ответа: верхняя.

3. Инструкция: вставьте одно слово.

Для больного с _____ легкого характерно тяжелое состояние, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки определяется полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции легкого.

Эталон ответа: абсцессом.

4. Инструкция: вставьте несколько слов.

Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются в _____ правого легкого.

Эталон ответа: верхней доле.

5. Инструкция: вставьте несколько слов.

Для высоко лихорадящего ребенка с наличием тонкостенного округлого образования с уровнем жидкости без перифокальной реакции на рентгенограмме грудной клетки наиболее вероятный диагноз _____ легкого.

Эталон ответа: нагноившаяся киста.

6. Инструкция: вставьте одно слово.

_____ является злокачественной опухолью средостения у детей.

Эталон ответа: симпатогониома.

7. Инструкция: вставьте одно слово.

Нейрогенные опухоли локализуются в _____ средостении.

Эталон ответа: заднем.

8. Инструкция: вставьте одно слово.

Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются в верхнем отделе _____ средостения;

Эталон ответа: центрального.

9. Инструкция: вставьте одно слово.

Тератодермоидная опухоль чаще всего локализуется в _____ средостении;

Эталон ответа: переднем.

10. Инструкция: вставьте одно слово.

Под болезнью гастро-эзофагеального рефлюкса понимают симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия _____ содержимого.

Эталон ответа: рефлюксного.

Вопросы для собеседования:

11. Какой симптом является ведущим при ахалазии пищевода?

Эталон ответа: пищеводная рвота.

12. Какой симптом является ведущим при врожденном коротком пищеводе?

Эталон ответа: дисфагия.

13. На каком уровне пищевода чаще всего встречаются врожденные стенозы?
Эталон ответа: на уровне нижней трети пищевода.
14. Какие виды диафрагмальных грыж встречаются чаще всего у детей старшего возраста?
Эталон ответа: грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
15. С каким заболеванием следует дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы?
Эталон ответа: с халазией пищевода.
16. Какое заболевание чаще всего приводит к парциальному пневмотораксу у детей раннего возраста?
Эталон ответа: буллезная форма легочной деструкции.
17. Какие врожденные деформации грудной клетки чаще всего диагностируются у детей?
Эталон ответа: воронкообразные.
18. При каких диспластических синдромах чаще всего диагностируется воронкообразная деформация грудной клетки?
Эталон ответа: при синдромах Марфана и Эллерса-Данло.
19. Какие симптомы характерны для врожденной воронкообразной деформации грудной клетки?
Эталон ответа: западение грудины и прилегающих участков ребер, одышка при незначительных физических нагрузках, общая слабость, перебои в работе сердца, снижение массы тела.
20. Какие симптомы характерны для правостороннего гемоторакса у детей?
Эталон ответа: одышка, боли в области грудной клетки, притупление перкуторного звука над правой половиной грудной клетки, смещение границ сердца влево при перкуссии, ослабление или отсутствие дыхания справа при аускультации.
21. Дайте определение понятию «скрытый половой член».
Эталон ответа: половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки.
22. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка?
Эталон ответа: тяжелая интоксикация и лихорадка.
23. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме.
Эталон ответа: пупочная.
24. Какой основной симптом, определяемый макроскопически, является наиболее характерным для эпителиального копчикового хода?
Эталон ответа: короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку.
25. Какой вид свища наиболее часто встречается при атрезии прямой кишки у детей?

Эталон ответа: ректовестибулярный свищ.

26. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются?

Эталон ответа: до 6 мес.

27. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:

Эталон ответа: пальцевое исследование прямой кишки.

28. В какой области наиболее часто локализуется болевой симптом у урологического больного?

Эталон ответа: в поясничной области.

29. Какое заболевание может вызвать двустороннюю макрогематурию у детей?

Эталон ответа: острый гломерулонефрит.

30. Для какого порока развития почек и мочеточника у детей характерен синдром почечной колики?

Эталон ответа: перемежающийся гидронефроз.

31. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

Эталон ответа: болевой синдром.

32. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

Эталон ответа: при мочекаменной болезни.

33. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:

Эталон ответа: отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки.

34. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:

Эталон ответа: урежением мочеиспускания.

35. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:

Эталон ответа: гематурия.

36. Полным недержанием мочи сопровождается:

Эталон ответа: клапаны задней уретры.

37. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен для:

Эталон ответа: клапана задней уретры.

38. Нарастающая припухлость в поясничной области характерна:

Эталон ответа: для нефроптоза.

39. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей является:

Эталон ответа: перелом костей таза, острая задержка мочи.

40. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является

Эталон ответа: гематурия.

41. Для паховой эктопии яичка характерно:

Эталон ответа: яичко не пальпируется.

42. Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является:

Эталон ответа: атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свишем.

43. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

Эталон ответа: запавший живот.

44. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:

Эталон ответа: пенистые выделения изо рта.

45. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

Эталон ответа: рвота «фонтаном».

46. Характер рвоты при пилоростенозе:

Эталон ответа: створоженным молоком.

47. Наиболее достоверным для разлитого перитонита симптомом у новорожденного является:

Эталон ответа: отек, гиперемия брюшной стенки.

48. Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана:

Эталон ответа: заболеванием легких.

49. Для опухоли Вильмса наиболее характерным симптомом является:

Эталон ответа: пальпируемое образование брюшной полости.

50. Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается:

Эталон ответа: нарастающая кефалогематома.

51. Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является:

Эталон ответа: ограничение разведения бедер.

52. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

Эталон ответа: усиление болей при расположении на левом боку.

53. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

Эталон ответа: напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность.

54. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:

Эталон ответа: обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

55. При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. В данном клиническом случае о каком пороке может идти речь?

Эталон ответа: о синдроме тестикулярной феминизации.

Ситуационные задачи:

56. Больной 12 лет направлен в приемное отделение детской больницы с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. При осмотре яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталон ответа: диагностику следует провести с перекрутом гидатиды и перекрутом яичка.

57. Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. Какое заболевание наиболее вероятно у ребенка?

Эталон ответа: болезнь Гиршпрунга

58. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Какой наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: копростаз.

59. У ребенка отмечено кишечное кровотечение при оформленном стуле, который затем стал частым и жидким. Появились боли в нижней половине живота. Температура субфебрильная, с периодическими подъемами до 38-39°C. Состояние ребенка средней тяжести. Какая наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита?

Эталон ответа: подострая.

60. У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная. О каком заболевании в этом случае следует думать?

Эталон ответа: о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита.

61. У ребенка 6 лет отмечено появление алой крови в стуле. Боли в животе. Стул до 8-10 раз. При ирригографии выявлено укорочение и сужение толстой кишки, ригидность ее стенки, псевдополипоз. Какой диагноз позволяет установить клиническая картина?

Эталон ответа: неспецифического язвенного колита.

62. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является?

Эталон ответа: трещина заднего прохода.

63. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Какая степень недостаточности анального жома определяется?
Эталон ответа: первая.
64. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Какая степень недостаточности анального жома?
Эталон ответа: третья.
65. У ребенка выпадение прямой кишки наблюдается при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжении). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценить как?
Эталон ответа: декомпенсированную.
66. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае какую форму болезни Гиршпрунга можно предположить?
Эталон ответа: острую.
67. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае какую форму болезни Гиршпрунга следует предположить?
Эталон ответа: подострую.
68. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови. О каком заболевании идет речь?
Эталон ответа: халазия, эзофагит.
69. У ребенка 1,5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо набирает вес, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне. О каком заболевании идет речь?
Эталон ответа: грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
70. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. О каком заболевании идет речь?
Эталон ответа: заворот кишечника.
71. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз?
Эталон ответа: синдром Ледда.

72. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, синюшная окраска нижней половины туловища, срыгивание. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум.

73. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна:

Эталон ответа: атрезия хоан.

74. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

Эталон ответа: инвагинация кишечника.

75. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:

Эталон ответа: язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки.

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 8	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: (выбрать необходимое) Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения (не более 10)	75 с эталонами ответов

Задания закрытого типа

1. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Адьюванты предназначены для

- а) усиление иммунного ответа
- б) индуцирование иммунной толерантности
- в) блокировка тучных клеток для высвобождения гистамина
- г) повышение хемотаксиса нейтрофилов
- д) увеличение продукции интерферона фибробластами

Эталон ответа: а

2. Инструкция: выберите один правильный ответ.

В результате вакцинации формируется иммунитет

- а) естественный активный
- б) естественный пассивный
- в) искусственный активный
- г) искусственный пассивный

Эталон ответа: в

3. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Гуморальные факторы, обладающие выраженной противовирусной активностью и способностью подавлять репликацию вируса в зараженной клетке

- а) дефензины
- б) лактоферрины
- в) натуральные-киллеры
- г) интерфероны
- д) кинины

Эталон ответа: г

4. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Интерфероны применяются для

- а) диагностики инфекционных заболеваний
- б) коррекции кишечной микрофлоры
- в) специфической профилактики бактериальных инфекций
- г) лечения вирусных заболеваний
- д) фаготипирования штаммов

Эталон ответа: г

5. Инструкция: выберите один правильный ответ.

В состав пробиотиков входят

- а) представители нормофлоры
- б) вакцинные штаммы
- в) бактериофаги
- г) аллергены
- д) иммуноглобулины

Эталон ответа: а

6. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Антитоксические сыворотки содержат

- а) анатоксины
- б) токсины бактерий
- в) антитела против токсинов
- г) анафилотоксины
- д) антитела против бактерий

Эталон ответа: в

7. Инструкция: выберите один правильный ответ.

К м-холинергическим средствам относится

- а) суксаметоний
- б) тербуталин
- в) доксазозин
- г) атропин
- д) норэпинефрин

Эталон ответа: г

8. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вазоконстрикторным действием обладает

- а) норэпинефрин
- б) сальбутамол
- в) фенотерол
- г) карведилол

д) сальметерол
Эталон ответа: а

9. Инструкция: выберите один правильный ответ.
Местный анестетик, содержащий в молекуле парааминобензойную кислоту, которая является причиной анафилактической реакции

- а) лидокаин
 - б) бупивакаин
 - в) прокаин
 - г) артикаин
 - д) мепивакаин
- Эталон ответа: в

10. Инструкция: выберите один правильный ответ.
Антибиотик из группы гликопептидов, влияющий на резистентный стафилококк с измененной транспептидазой (метициллинрезистентный стафилококк)

- а) бензатинбензилпенициллин
 - б) цефуроксим
 - в) имипенем
 - г) ванкомицин
 - д) цефтриаксон
- Эталон ответа: г

11. Инструкция: выберите один правильный ответ.
Двумя основными фармакологическими свойствами— токсичностью и узкой шириной терапевтического действия — обладают

- а) тетрациклины
 - б) бета-лактамы
 - в) линкозамиды
 - г) аминогликозиды
 - д) фторхинолоны
- Эталон ответа: г

12. Инструкция: выберите один правильный ответ.
Влияет только на анаэробную флору (спорообразующую и неспорообразующую)

- а) метронидазол
 - б) амоксициллин
 - в) ципрофлоксацин
 - г) амикацин
 - д) азитромицин
- Эталон ответа: а

13. Инструкция: выберите один правильный ответ.
При ноцицептивной боли используется

- а) габапентин
 - б) карбамазепин
 - в) диклофенак
 - г) клонидин
 - д) тизанидин
- Эталон ответа: в

14. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Антигистаминное средство с отсутствующим седативным действием

- а) лоратадин
- б) дифенгидрамин
- в) клоропирамин
- г) прометазин
- д) доксиламин (донормил)

Эталон ответа: а

15. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Фармакотерапия, направленная на устранение причины болезни, называется:

- а) симптоматическая
- б) этиотропная
- в) заместительная
- г) патогенетическая

Эталон ответа: б

16. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Фармакотерапия, направленная на устранение отдельных признаков болезни, называется:

- а) патогенетическая
- б) этиотропная
- в) симптоматическая
- г) заместительная

Эталон ответа: в

17. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Фармакотерапия, направленная на процесс развития болезни называется:

- а) профилактическая
- б) заместительная
- в) патогенетическая
- г) этиотропная
- д) симптоматическая

Эталон ответа: в

18. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Масляные растворы нельзя вводить:

- а) внутримышечно
- б) внутривенно
- в) ингаляционно
- г) подкожно

Эталон ответа: б

19. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Суспензии нельзя вводить:

- а) внутрь
- б) внутривенно
- в) внутримышечно
- г) внутрисуставно

Эталон ответа: б

20. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Показания к применению бриллиантового зеленого:

- а) текущая дезинфекция

- б) обработка мединструментов
- в) лечение гнойничковых заболеваний кожи
- г) лечение ожогов

Эталон ответа: в

21. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Спиртовой раствор йода применяют для:

- а) обработки операционного поля и рук хирурга
- б) обработки краев раны
- в) дезинфекции мединструментов

Эталон ответа: б

22. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Для обеззараживания выделений инфекционных больных применяют:

- а) ксероформ
- б) фурацилин
- в) хлорамин Б
- г) нашатырный спирт

Эталон ответа: в

23. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Этиловый спирт в концентрации 70 % применяют:

- а) для обработки слизистых оболочек, лечения гнойных ран, ожогов
- б) для обеззараживания рук, операционного поля
- в) для обеззараживания медицинских инструментов и предметов ухода

Эталон ответа: б

24. Инструкция: выберите один правильный ответ.

Антисептик, противопоказанный детям грудничкового возраста:

- а) борная кислота
- б) фурацилин
- в) перманганат калия
- г) бриллиантовый зеленый

Эталон ответа: а

25. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов.

Парентеральные пути введения:

- а) в мышцу
- б) внутрь
- в) в вену
- г) в прямую кишку
- д) под кожу

Эталон ответа: а,в,д

Задания открытого типа:

Задания на дополнения.

1. Инструкция: вставьте одно слово.

Усиление фармакологического эффекта при совместном применении лекарственного вещества называется _____

Эталон ответа: синергизм

2. Инструкция: вставьте одно слово.

Из пенициллинов при инфекциях вызванных синегнойной палочкой и протеем (пиелонефрите, пневмонии, септицемии, перитоните) эффективен _____

Эталон ответа: карбенициллин

3. Инструкция: вставьте одно слово.

Антибиотик _____ вызывает нарушение роста трубчатых костей и развитие зубной эмали у детей.

Эталон ответа: тетрациклин

4. Инструкция: вставьте одно слово.

К какой группе антибиотиков относится сумамед - _____

Эталон ответа: макролиды

5. Инструкция: вставьте одно слово.

Фурадонин применяют при инфекциях _____ путей

Эталон ответа: мочевыводящих

6. Инструкция: вставьте одно слово.

Для лечения _____ поражения влагалища, ж-к-т и ротовой полости первично используется нистатин

Эталон ответа: кандидозного, грибкового

7. Инструкция: вставьте одно слово.

Новокаин: эффективен для проводниковой и инфильтрационной анестезии, имеет _____ токсичность, длительность действия при инфильтрационной анестезии 50-60 минут

Эталон ответа: низкую

8. Инструкция: вставьте одно слово.

Лидокаин: анестезирующая активность _____, чем у новокаина

Эталон ответа: выше

9. Инструкция: вставьте одно слово.

Адреналин _____ действие местных анестетиков

Эталон ответа: усиливает, потенцирует

10. Инструкция: вставьте одно слово.

Побочный эффект лидокаина - _____ АД до коллапса

Эталон ответа: снижение

Вопросы для собеседования.

11. Дайте определение понятию идиосинкразия.

Эталон ответа: Идиосинкразия – это извращенная реакция организма на введение (даже однократное) лекарственного вещества

12. Акушерский парез верхней конечности - основные принципы медикаментозного лечения.

Эталон ответа: В комплекс терапевтических мероприятий при акушерских параличах включаются массаж и физиотерапия. Отмечается положительный эффект тепловых

методов физиотерапии (парафин, горячие укутывания). Также применяется электрофорез с антихолинэстеразными препаратами и спазмолитиками, тропными к сосудам головного и спинного мозга. В системной медикаментозной терапии используются ингибиторы холинэстеразы и витамины группы В. Показано наружное применение рассасывающих ферментных препаратов.

13. О чем в первую очередь необходимо думать при снижении показателей эритроцитов и гемоглобина у ребенка 14 лет с переломом средней трети бедренной кости? Ваши действия.

Эталон ответа: Необходимо думать о посттравматическом кровотечении, растущей гематоме. Необходимо начать лечение гемостатиками (дицинон, аминокапроновая кислота), провести гемотрансфузию, определить показания для дренирования гематомы.

14. Неотложная помощь при острой ожоговой травме.

Эталон ответа: Необходимо прекратить действие травмирующего фактора, вынести пострадавшего из очага возгорания, освободить от тлеющей одежды, если она не прилипла к коже, на обожженные поверхности наложить асептические повязки, охладить их, дать обезболивающие препараты и как можно скорее транспортировать в стационар.

15. Принципы коррекции ожогового шока.

Эталон ответа: Необходимо начать в/капельное введение глюкозо-солевых растворов для восполнения ОЦК в должном объеме, рассчитанном, например, по формуле Уоллиса $V = 3 m \text{ (кг)} \times S \text{ (\%)}$, эффективны препараты крови (плазма, альбумин, протеин). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксибутират натрия. При тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока — эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал).

16. Опишите закрытый метод лечения ожоговых ран.

Эталон ответа: Чаще всего используют закрытый способ - для лечения ожогов I – IIIА степени применяют повязки с различными лекарственными веществами (мазевые – левомеколь, левосин, влажно-высыхающие повязки с антисептиками – водный хлоргексидин, мирамистин). Лечение ожогов IIIБ и IV степени направлено на ускорение отторжения некротических тканей (некролитическая терапия с использованием протеолитических ферментов и химических некролитических веществ: траваз, 40% салициловая мазь).

17. Опишите открытый метод лечения ожоговых ран.

Эталон ответа: Открытый способ лечения основан на образовании сухого струпа (УФО, 5% раствор перманганата калия, спиртовой раствор бриллиантового зеленого, аэротерапевтические установки и др.). Этот способ применяется в специализированных

ожоговых центрах в основном при ожоге лица, шеи, промежности, где повязки затрудняют уход

18. Какие лекарственные средства используют для лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса?

Эталон ответа: Наибольший сосудорасширяющий эффект у детей получен от никотиновой и аскорбиновой кислоты, что подтверждено капилляроскопией. Поэтому со II до V стадии следует применять указанные средства, чередуя их и делая перерывы на 1—1,5 мес.

На протяжении всего периода лечения детям дают комплексы витаминов. Применяют парафин, озокерит (t 35—38°C), грязевые аппликации, горячие ванны и укутывания.

19. Какими лекарственными препаратами и в каких условиях осуществляют медикаментозное лечение несовершенного остеогенеза у детей?

Эталон ответа: используют препараты группы бисфосфонатов откладываясь в кость, участвуют в процессах минерализации кости, оказывая торможение процессов костной резорбции, влияя на активацию и продолжительность жизни зрелых остеокластов. На сегодня во всем мире принята практика инициации терапии бисфосфонатами в специализированных центрах врачами, имеющими опыт диагностики и лечения метаболических заболеваний скелета, которая может быть продолжена в обычных стационарах, однако пациенты все равно должны периодически наблюдаться в специализированных центрах для регулярного обследования и видоизменения терапии. Используют так же препараты витамина D.

20. Назовите медикаментозное лечение некротической флегмоны новорожденных.

Эталон ответа: лечение включает: антибиотики широкого спектра действия, устойчивые к стафилококковой пенициллиназе, дезинтоксикационную терапию – в/в капельные инфузии с контролем диуреза, иммуностимулирующую терапию (иммунал), рациональное вскармливание

21. Опишите местное лечение некротической флегмоны новорожденных.

Эталон ответа: Местное лечение имеет особенное значение в первые часы-сутки после оперативного вмешательства. Смена повязок проводится каждые 6 часов до констатации регрессии очага (уменьшения по площади). Во время каждой процедуры выполняется разведение всех насечек поперек их оси, туалет, повязки с сернокислой магнезией, димексидом в разведении 1:3 – 1:4. В последующем кратность перевязок уменьшается, проводятся физиопроцедуры (токи УВЧ, УФО). При распространении патологического процесса за крайние насечки выполняется до вскрытия флегмоны. При большой открытой раневой поверхности возможно использование протеолитических ферментов (трипсин) для очищения раны.

22. Какие антибиотики целесообразно использовать при рожистом воспалении?

Эталон ответа: Так как стрептококк – возбудитель рожистого воспаления – не выработал какой-либо устойчивости к антибиотикам, достаточно будет незащищенных пенициллинов

(ампициллин), в условиях стационара возможно использование цефалоспоринов 1-3 поколения (цефазолин).

23. Назовите медикаментозное лечение идиопатической гангрены новорожденных.

Эталон ответа: Поскольку возбудителями идиопатической гангрены новорожденных являются как золотистый стафилококк, так и грамм-отрицательные микроорганизмы (синегнойная палочка) и анаэробы (пептококки), а так же микст-инфекция, лечение должно состоять из комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил).

24. Медикаментозное лечение лимфаденита и в каких случаях необходимо его хирургическое лечение?

Эталон ответа: в этиологии лимфаденита – миксты вирусов и грамм-положительных (чаще) бактерий, следовательно целесообразно будет назначить комбинацию противовирусного препарата (анаферон, циклоферон, рпмантадин и т.п.) и антибиотик широкого спектра действия (амоксиклав). Симптоматически используют НПВС (нурофен). Хирургическое лечение требуется если произошло абсцедирование лимфоузла, определяется флюктуация, выполняют вскрытие и дренирование гнояника.

25. Принципы медикаментозного лечения токсической (адинамической) формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?

Эталон ответа: В отделении реанимации или интенсивной терапии проводят противошоковое лечение – начинают в/в капельное введение глюкозо-солевых растворов для восполнения ОЦК в должном объеме, эффективны препараты крови (плазма, альбумин, протеин). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксибутират натрия. При тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока – эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал). В/в, в/м вводят антибиотики: линкомицин, гентамицин, цефтриаксон, канамицин, цефалексин, амикацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, тиенам. При подозрении на анаэробную инфекцию дополнительно назначают метронидазол, клиндамицин. Противомикробная терапия может продолжаться в течение 1-2 месяцев, поэтому должна сочетаться с противогрибковым лечением. С этой целью применяют дифлюкан.

26. Принципы медикаментозного лечения общей (септикопиемической) формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?

Эталон ответа: Если состояние пациента средней тяжести, лечение в хирургическом стационаре, если тяжелое – в отделении реанимации или ПИТе. Оно включает коррекцию

как общего состояния – восполнение ОЦК, дезинтоксикационная терапия, седативные препараты (феназепам), глюкокортикоиды, так и местное лечение – антибиотики широкого спектра (амоксиклав), анальгетики (нурофен), при стабилизации состояния пациента – остеоперфорация, применение проточно-промывной системы.

27. Принципы медикаментозного лечения местной формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?

Эталон ответа: Лечение в условиях хирургического стационара, направлено на местные проявления заболевания - антибиотики широкого спектра (амоксиклав), анальгетики (нурофен), при стабилизации состояния пациента – остеоперфорация, применение проточно-промывной системы.

28. Какая медикаментозная терапия показана при остром аппендиците, какая противопоказана?

Эталон ответа: При выраженной интоксикации показаны в/в капельные инфузии под контролем диуреза, в том числе и для предоперационной подготовки, целесообразно введение антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав). Для дифференциальной диагностики с кишечной коликой в/м вводят спазмолитик (но-шпа) в сочетании с очистительной клизмой. Противопоказано введение анальгетиков (нурофен).

29. Медикаментозное лечение некротического энтероколита (НЭК).

Эталон ответа: начинать внутривенное введение жидкости по 70-80 мл/кг в день с поддержанием в инкубаторе повышенной влажности (60-80%) для снижения неощутимых потерь жидкости и развития гиповолемии; полное парентеральное питание следует начинать с первого дня, во избежание замедления роста, и быстро увеличивать объем, по мере переносимости. Антибиотикотерапия должна включать комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил). при ДВС – синдроме проводится переливание свежезамороженной плазмы 10-15 мл/кг, витамин К (викасол). Лечение болевого синдрома проводится наркотическими анальгетиками. Используют седативные препараты (диазепам).

30. Медикаментозное лечение перитонита новорожденных.

Эталон ответа: начинать внутривенное введение жидкости по 70-80 мл/кг в день с поддержанием в инкубаторе повышенной влажности (60-80%) для снижения неощутимых потерь жидкости и развития гиповолемии; полное парентеральное питание следует начинать с первого дня, во избежание замедления роста, и быстро увеличивать объем, по мере переносимости. Антибиотикотерапия должна включать комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил). при ДВС – синдроме проводится переливание свежезамороженной плазмы 10-15 мл/кг, витамин К

(викасол). Лечение болевого синдрома проводится наркотическими анальгетиками. Используют седативные препараты (диазепам).

31. Дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация инструментов и резиновых изделий.

Эталон ответа: дезинфекция является комплекс мер, которые направлены на уничтожение возбудителей инфекционных болезней и разрушение на объектах внешней среды токсинов. Для проведения дезинфекции чаще всего применяют химические вещества, к примеру, гипохлорит натрия либо формальдегид, растворы органических веществ, которые наделены дезинфицирующими свойствами: хлоргексидин, надуксусная кислота. Дезинфекция позволяет уменьшить число микроорганизмов до вполне приемлемого уровня, но полностью их может и не уничтожить. Является одной из разновидностей обеззараживания.

32. Перечислите препараты, используемые для обработки рук хирурга.

Эталон ответа: для обработки рук применяют следующие растворы антисептиков: первомур С-4 (2,4% или 4,8%), церигель, хлоргексидина биглюконат (гибитан), септоцид, «фори-септ»

33. Назовите и опишите способы обработки операционного поля.

Эталон ответа: гигиенический душ, сбривание волос без мыла на сухую кожу (делается не позже, чем за час до операции), обработка 70% спиртом, очерчиваем зону операционного поля больше на см 15, затем от линии разреза к периферии по радиусам обрабатывают антисептиков два раза, ОП отгораживают двумя простынями и двумя пеленками (с боков), при этом используют бельевые цапки.

Обработка ОП по Филончикову-Гроссиху: четырехкратное смазывание ОП йодосодержащими препаратами (1% йодопирон, 1% йодонат), 0,5% раствор хлоргексидина,

— за 5-10 мин до операции (два раза)

— непосредственно перед разрезанием кожи

— перед наложением швов

— после наложения швов

Обработка ОП по Спасокукоцкому: обрабатываем гидрат аммиака 0,5% дважды и один раз 70% этанолом.

34. Назовите наиболее часто применяемые в хирургии химические антисептики и приведите примеры их использования.

Эталон ответа: 1. Неорганические соединения. Галоиды: спиртовая настойка йода, водный и спиртовой растворы Люголя, йодоформ, йодопирон, йодонат. Окислители: перекись водорода, калия перманганат. Неорганические кислоты и щелочи: раствор аммиака, борная

кислота. Соли тяжелых металлов: сулема, нитрат серебра.

2. Органические соединения. Спирты: этиловый. Альдегиды: формальдегид, лизоформ. Фенолы: карболовая кислота, лизол, резорцин. Нитрофураны: фурацил, фурадонин, фуразолидон. Красители: метиленовый синий, бриллиантовый зеленый. Органические кислоты: салициловая, бензойная.

Карболовая кислота ядовита, применяется в виде 2 - 5% растворов для дезинфекции инструментов, катетеров, дренажных трубок, перчаток. В настоящее время используется только в растворе Крупенина, предназначенного для стерилизации режущих инструментов и предметов из пластмасс, а также для хранения простерилизованных кипячением игл, скальпелей, зажимов, полиэтиленовых трубок. В тройном растворе вегетативные формы погибают через 30 мин, а споры через 60- 90 мин.

Лизол 1-3% применяется для ванн, при лечении длительно не заживающих язв, 3-10% - для дезинфекции белья, мытья операционных, перевязочных, для обработки инструментов, загрязненных гноем, кишечным содержимым. Инструменты обмывают теплой водой с мылом и погружают на 1 ч в 3-5% раствор лизола, ополаскивают водой, высушивают и стерилизуют вместе с чистыми инструментами.

Сулема очень ядовита. Для дезинфекции одежды, предметов ухода за больными, обмывания перчаток и приготовления шелка 0,1% раствор. Во избежание ошибок подкрашивают в розовый или голубой цвет.

Препараты хлора. Бактерицидные и спороцидные свойства зависят от содержания в них активного хлора. Бактерицидное действие возрастает при добавлении раствора солей аммония. Сильными бактерицидными и спороцидными свойствами обладают дихлоризоциануровая и трихлоризоциануровая кислоты. Препараты нестойкие, их готовят перед употреблением. Используются для дезинфекции помещений.

Хлорамин используется при лечении ран, гнойных полостей - промывают рану или смачивают тампон и повязки 0,5-1% раствором, для дезинфекции рук, инструментов и перчаток. Обладает дезодорирующим действием.

Нитрат серебра, или ляпис, - 2-10% для промывания полостей, 10-20% - для прижигания. Оказывает вяжущее и противовоспалительное действие.

Йодная настойка - 5-10% спиртовой раствор для дезинфекции кожи рук, кожи в окружности ран.

Этиловый спирт для дезинфекции рук, режущих инструментов, стерилизации шовного материала. Обладает дубящим свойством 70%.

1% спиртовой р-р бриллиантового зеленого для обработки рук хирурга и операционного поля - в течение 15 мин погибают спороносные культуры сибирской язвы, столбняка и сенной палочки. Для стерилизации хорошо промытые инструменты погружают на 15-20 мин в раствор бриллиантового зеленого, а затем стерильным корнцангом переносят в 96% спирт для дальнейшего хранения.

Перекись водорода 3% для промывания ран и полостей, для обработки анаэробных ран. Смесь 3-6% перекиси с 0,5% раствором сульфанола для дезинфекции помещений опер блока.

Бетапропилактон 1:1000 действует бактерицидно. Синегнойная палочка в 2% погибает через 10 мин. Стерилизацию производят 1-2% раствором. Металлические инструменты и изделия из пластмассы становятся стерильными в 1% растворе через 1 ч при 50°C.

Калия перманганат в водном 0,1-0,5% растворе для промывания гнойных ран и полостей, а 2-5% раствором смазывают ожоги и язвы. Оказывает дезодорирующее действие.

Фурацилин в виде водного 0,02% раствора, 0,066% спиртового раствора или 0,2% мази при лечении гнойных ран, промывания пролежней, ожогов и полостей.

35. Назовите химические вещества и препараты, используемые для остановки кровотечения.

Эталон ответа: Способы остановки кровотечения разделяются на наружные (местные) и внутренние (прием гемостатиков). В качестве наружных используются 3-5% раствор перекиси водорода, раствор адреналина 1:1000, гемостатическая губка (биологический гемостаз) и др. Внутренние средства состоят из двух групп: вызывающие сокращение сосудов (препараты спорыньи, адреналин, норадреналин, мезатон и др.) и повышающие свертываемость крови (викасол, хлорид кальция, желатин, аминокaproновая кислота, гемофобин, дицинон (этамзилат) и др.).

36. Определение группы крови по системе АВ0, Группы крови по системе АВ0.

Эталон ответа: В зависимости от наличия в эритроцитах агглютиногенов А и В, а в сыворотке соответствующих им агглютининов α и β , всех людей делят на четыре группы:

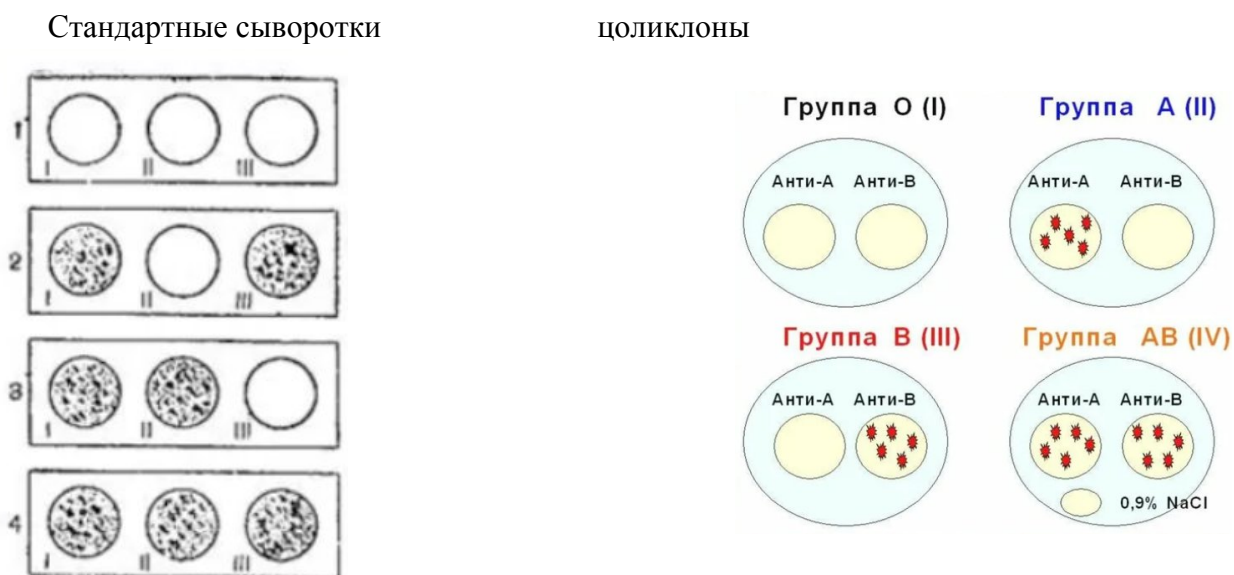
- группа 0(I): в эритроцитах агглютиногенов нет, в сыворотке присутствуют агглютинины α и β ;
- группа А(II): в эритроцитах - агглютиноген А, в сыворотке - агглютинин β ;

- группа В(III): в эритроцитах присутствует агглютиноген В, в сыворотке выявляют агглютинин α ;
- группа АВ(IV): в эритроцитах - агглютиногены А и В, агглютининов в сыворотке нет.

В последнее время в системе АВ0 обнаружены разновидности классических антигенов А и В, а также другие антигены.

Групповую принадлежность крови по системе АВ0 определяют с помощью реакции агглютинации. В настоящее время используют три способа определения групп крови по системе АВ0:

с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток;
с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток и стандартных эритроцитов (перекрёстный способ);
с помощью моноклональных антител (целиклонов анти-А и анти-В).



37. Порядок действия врача при выполнении гемотрансфузии.

Эталон ответа:

1. Определить показания и противопоказания к переливанию крови.
2. Собрать гемотрансфузионный и акушерский анамнез (были ли переливания крови, не было ли конфликта при этом, у женщин выяснить число родов, не рождался ли ребенок с гемолитической желтухой и т.д.).
3. Определить групповую и Резус принадлежность реципиента.
4. Определить годность выбранной донорской крови (дата ее заготовки, герметичность упаковки, целостность этикетки, нет ли гемолиза и т.д.).
5. Определить групповую принадлежность донорской крови, независимо от данных этикетки флакона (группа донорской крови и реципиента должны совпадать).
6. Провести пробу на индивидуальную совместимость.
7. Провести пробу на резус-совместимость с 33% раствором полиглюкина.
8. Провести пробу на биологическую совместимость, переливая трижды струйно по 10 мл донорской крови с перерывом в три минуты.

9. Перелить донорскую кровь (капельно!).
10. Оставить во флаконе 10-15 мл крови и сохранить флакон не менее 2 суток.
11. Произвести запись в истории болезни о результатах проведенных проб на совместимость и переливания крови, № этикетки, дату заготовки, фамилию донора.
12. Произвести анализ мочи после переливания крови.
13. Вести наблюдение за состоянием больного в течение 3 часов после гемотрансфузии.

38. Кровезамещающие растворы (кровезаменители), классификация.

Эталон ответа: 1. Противошоковые (гемодинамические) препараты:

А. производные декстрана

а) среднемолекулярные препараты декстрана: полиглюкин, макродекс

б) низкомолекулярные препараты декстрана: реополиглюкин, реомакродекс

Б. препараты желатина: желатиноль, гелофузин

В. препараты на основе оксиэтилкрахмала: ХАЕС-стерил, рефортан, рефортан +

2. Дезинтоксикационные растворы: гемодез, полидез, неокомпенсан

3. Препараты для парентерального питания:

А. белковые

а) гидролизаты белков: гидролизат казеина, гидролизин

б) смеси АК: полиамин, валин, инфезол, гепастерил А, аминоклазма

Б. жировые эмульсии: липофундин, интралипид

В. сахара и многоатомные спирты: глюкоза 5%, 10%, 20%, 40%; фруктоза, сорбит

Г. комбинации микроэлементов и витаминов: аддамель Н, виталипид N

4. Регуляторы водно-солевого и кислотно-основного равновесия:

А. солевые растворы: изотонический раствор NaCl, растворы Рингера и Рингера-Локка, ацесоль, дисоль, трисоль, сана-сол, 4-5% раствор NaHCO₃, 3,66% раствор трисамина

В. осмодиуретики: маннитол, сорбитол

5. Переносчики кислорода: 6-8% раствор гемоглобина, фторкарбон

39. Местная анестезия – виды и используемые препараты, противопоказания.

Эталон ответа: Поверхностная - нанесение анестетиков на кожу или слизистые, охлаждение. Для этого используются хлорэтил, Инфильтрационная - тонкой иглой на месте разреза кожи делается "лимонная корочка", затем вводится в мягкие ткани раствор анестетика, возникает пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика и блокируется проводимость нервных импульсов. Регионарная – анестетик вводится в непосредственной близости к нервному стволу. Проводниковая – анестетик вводится вблизи нервного узла, нервного сплетения или ствола периферического нерва. Спинномозговая - введение анестетика в спинно-мозговой канал, эпидуральное, субдуральное и субарахноидальное пространства спинного мозга. При этом временно утрачивается чувствительность и функция органов, получающих иннервацию ниже места введения препарата. Внутрисосудистая –используют при операциях на конечностях, когда анестетик вводится в конечность, на которую наложен кровоостанавливающий жгут. Разновидностью внутрисосудистой анестезии является внутрикостная анестезия.

Препараты. Для регионарной и местной используют местные анестетики (Лидокаин, Новокаин, Дикаин, Бупивакаин, Лидокаин). Для инфильтрационной по Вишневскому - новокаин. Дикаин в 15 раз сильнее, чем новокаин, препарат очень токсичен, не применяется для других видов анестезии. Лидокаин в несколько раз токсичнее новокаина, но в 4 раза превосходит его по силе действия. Используется для терминальной, инфильтрационной, проводниковой, эпидуральной анестезии. Начинает действовать через 5-8 минут, продолжительность анестезии составляет до 2 часов с добавлением адреналина. Бупивакаин - самым сильным и длительно действующим анестетиком. Начинает действовать через 20 минут, продолжительность до 7 часов. По окончании анестезии, аналгезия сохраняется длительное время. Применяется для инфильтрационной, спинномозговой, эпидуральной, проводниковой. Ультракаин - действие через несколько минут, длится до 2 часов. Противопоказания отказ больного; аллергия; психические заболевания; большой объем операции; рубцовые изменения тканей в зоне оперативного вмешательства.

40. Медикаментозное лечение ожоговой болезни.

Эталон ответа: Основная задача - восстановление показателей гемодинамики и восполнение потери жидкости: 1) назначение анальгетиков, введение антигистаминных препаратов (дифенгидрамина, хлоропирамина, прометазина), назначение фентанила и дроперидола; 2) улучшение деятельности сердца (сердечные гликозиды); 3) улучшение микроциркуляции (назначение аминофиллина, внутривенное введение дроперидола и 0,25% раствора прокаина); 4) применение при восполненном объеме жидкости в тяжёлых случаях шока гидрокортизона (125-250 мг) или преднизолона (60-90 мг); 5) ингаляции кислорода; 6) нормализация функций почек (маннитол, фуросемид - в лёгких случаях, внутривенное введение 20% раствора сорбитола - в тяжёлых); 7) раннее назначение антибиотиков широкого спектра (амоксиклав, цефотаксим), бактериофага, стафилококкового анатоксина; 8) инфузионно-трансфузионное лечение: введение препаратов плазмы крови (нативной и сухой плазмы, альбумина, протеина, фибрина), средств, нормализующих гемодинамику (декстрана, желатина), препаратов

дезинтоксикационного действия (Повидон + Натрия хлорид + Калия хлорид + Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия гидрокарбонат), водно-солевых растворов (10% раствора декстрозы, Натрия ацетат + Натрия хлорид + Калия хлорид, Натрия ацетат + Натрия хлорид).

41. Способы профилактики столбняка.

Эталон ответа: Специфическая профилактика столбняка может быть плановой и экстренной. Для создания активного иммунитета применяют столбнячный адсорбированный анатоксин.

Плановая профилактика: 0,5 мл анатоксина вводят дважды с интервалом 1 мес, через год проводят ревакцинацию - 0,5 мл анатоксина, повторные ревакцинации осуществляют через 5 лет. Для иммунизации детей до 12 лет применяют комплексную вакцину - адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную (АКДС).

Экстренная профилактика различна у привитых и непривитых. Привитым однократно вводят 0,5 мл анатоксина, непривитым - 1 мл анатоксина и 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки или 450-600 АЕ противостолбнячного γ -глобулина, через 1 мес - 0,5 мл анатоксина и для создания прочного иммунитета через год - ещё 0,5 мл анатоксина.

42. Специфическое и неспецифическое лечение анаэробной клостридиальной инфекции.

Эталон ответа: Специфическое лечение состоит в применении смеси антиангренотических сывороток.

Неспецифическая терапия - обильные внутривенные инфузии до 4 л/сут, переливание крови, плазмы и кровезаменителей, общая антибактериальная терапия (в отношении анаэробов эффективен ряд антибиотиков - амоксициллин + клавулановая кислота, имипенем + циластатин натрия, метронидазол и др.);

43. Лечение абсцесса легкого.

Эталон ответа: Санационная бронхоскопия, как правило, позволяет восстановить проходимость дренирующих абсцесс бронхов, выполнить его катетеризацию, промыть и ввести в полость антисептики, протеолитические ферменты, антибиотики. При необходимости лечебные бронхоскопии проводят многократно, что позволяет в большинстве случаев добиться положительного эффекта.

Для улучшения отхождения мокроты используют муколитики, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, физиотерапевтическое лечение.

Амброксол внутрь по 30 мг 3 р/сут в течение 2 сут, далее по 30 мг 2 р/сут (длительность определяется индивидуально) или ацетилцистеин внутрь по 200 мг 3—4 р/сут (длительность определяется индивидуально) или бромгексин внутрь по 8—16 мг 3 р/сут (длительность определяется индивидуально) или карбоцистеин внутрь по 750 мг 3 р/сут (длительность определяется индивидуально). Пункцию абсцесса производят при полной непроходимости дренирующего бронха и в случае неэффективности

бронхоскопической санации. Существуют методики как трансторакальной, так и транстрахеальной пункции. Дренирование применяют в тех случаях, когда иными методами невозможно добиться полного опорожнения абсцесса. При больших абсцессах легких используется трансторакальное дренирование с последующей санацией гнойной полости антисептическими растворами и постоянной активной аспирацией содержимого.

44. Лечение химических ожогов пищевода.

Эталон ответа: Эзофагоскопия в первые дни противопоказана, в дальнейшем возможна только в периоде рубцевания и эпителизации слизистой оболочки, при этом проводить ее следует крайне осторожно.

Необходимы срочная госпитализация, парентеральное введение обезболивающих средств (для борьбы с шоком), введение желудочного зонда, обильно смазанного маслом, для выведения желудочного содержимого и промывания желудка с целью нейтрализации едкого вещества. При отравлениях щелочами желудок промывают разведенным раствором уксусной кислоты (3—6%) или растительным маслом, при отравлениях кислотами — слабым (2%) раствором натрия гидрокарбоната. В сомнительных случаях желудок промывают молоком. До введения зонда назначают обильное питье слабых растворов уксусной кислоты или гидрокарбоната натрия (в зависимости от характера вещества, вызвавшего ожог)

Промывание с помощью зонда проводят после предварительного введения под кожу наркотических анальгетиков (промедол 1 мл 2% раствора) и атропина сульфата (1 мл 0,1% раствора), а также местной анестезии полости рта и глотки 2% раствором дикаина.

Промывание желудка эффективно только в первые 6 ч после отравления. Необходима дезинтоксикационная терапия. Парентерально вводят гемодез, реополиглюкин, солевые растворы. Для профилактики и лечения инфекционных осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия (ампициллина натриевая соль, ампиокс, гентамицина сульфат, цефамезин и др.). Чтобы уменьшить развитие рубцовых изменений в пищеводе, назначают препараты гормонов коры надпочечников парентерально. В зависимости от характера принятого яда и особенностей клинической картины применяют средства, нормализующие деятельность сердечно-сосудистой системы, функцию почек, при значительной кровопотере проводят гемостатическую и кровезамещающую терапию и т. д.

Введение жидкости внутрь в первые 1—3 сут исключается, а в более тяжелых случаях этот запрет продолжается до 5—7 дней, затем дробными порциями в небольших количествах разрешают прием сливок, молока, сырых яиц, теплого бульона. Постепенно диету расширяют. При тяжелых ожогах пищевода для обеспечения питания больного через 7—10 дней накладывают гастростому.

45. Хирургическая профилактика стенозов пищевода.

Эталон ответа: После стихания острых воспалительных явлений при ожогах 2—3-й степени с целью ранней профилактики развития стенозов начинают бужирование пищевода, которое продолжают несколько недель. Бужирование полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику под контролем эзофагоскопа по принципу бужирования без конца (бужирование с последовательным

увеличением диаметра бужей в течение одной процедуры с использованием гастростомы — бужи проводят через ротовую полость, пищевод и гастростому) Если развитие стеноза не удастся предотвратить, прибегают к оперативному лечению — созданию искусственного пищевода. При своевременно начатом лечении благоприятные результаты наблюдаются в 90% случаев. Позднее бужирование пищевода проводят после тщательного общеклинического обследования больного, рентгенологического и эзофагоскопического исследований. Бужирование начинают с бужей № 8—10, постепенно переходя к бужам большего диаметра. Процедуру проводят ежедневно или через день, а по достижении достаточного эффекта — 1—2 раза в неделю на протяжении 3—4 мес, а иногда до полугода и более. Даже при хорошем и относительно стойком результате, достигнутом при бужировании, стриктура обладает тенденцией к сужению, поэтому больные, перенесшие химические ожоги пищевода и лечение бужированием, должны находиться под контролем и при необходимости проходить повторные курсы лечения.

46. Лечение ахалазии кардии.

Эталон ответа: Консервативное лечение ахалазии кардии, имеющее обычно временный эффект, применяют в начальных стадиях заболевания. Оно включает диету (кашицеобразная, химически щадящая пища с достаточным количеством белков и витаминов), местные анестетики, спазмолитики, м-холинолитики, витамины, седативные препараты, физиотерапию.

В случаях развивающегося заболевания с четкой клинической картиной у детей старше 14 лет применяют кардиодилатацию или оперативное лечение.

Перед выполнением кардиодилатации тщательно промывают пищевод дезинфицирующим раствором и отсасывают его содержимое через зонд. Подкожно вводят 1 мл 1% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина. Смазывают глотку и корень языка 1% раствором дикаина в дозе 1 мл на 10 кг массы больного. Под рентгенологическим контролем вводят в пищевод и правильно устанавливают кардио-дилататор. Расширение кардии продолжается 10-25 мин.

Наиболее тяжелыми осложнениями кардиодилатации являются перфорация и разрыв пищевода, кровотечение из органа.

Техника видоизмененной эзофагокардиомиотомии по Геллеру сводится к следующему. Выполняют верхнюю срединную лапаротомию. Рассекают левую треугольную связку печени и отводят ее левую долю. Диафрагму рассекают кверху на 4-5 см, предварительно прошив и перевязав нижнюю диафрагмальную вену. Выделяют пищевод до расширенной его части и берут на держалку. Переднюю стенку пищевода рассекают до слизистой от расширенной его части до перехода в желудок. Длина продольного рассечения мышц пищевода и желудка должна быть не менее 8-10 см (у детей старшего возраста). Разрез на пищеводе не зашивают. Диафрагму ушивают.

47. Лечение халазии кардии.

Эталон ответа: Нежелателен приём лекарственных средств, снижающих тонус пищеводного сфинктера (нитраты, антагонисты кальция, теофиллин, прогестерон, антидепрессанты)

Диета: ограничение продуктов, усиливающих газообразование, острой, очень горячей или холодной пищи; избегать приёма алкоголя, продуктов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (лук, чеснок, перец, кофе, шоколад и др.); избегать переедания, последний приём пищи — не позднее чем за 3—4 часа до сна.

Лекарственную терапию проводят не менее 8—12 недель с последующей поддерживающей терапией в течение 6—12 месяцев. Применяют ингибиторы протонного насоса (омепразол, лансопразол, рабепразол) в обычной или двойной дозировке, антациды (альмагель, фосфалюгель, маалокс, гелусил-лак и др.) назначают обычно через 1,5—2 часа после еды и на ночь. Прокинетики — домперидон, метоклопрамид.

Хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению: осложнения рефлюкс-эзофагита (стриктуры пищевода, повторные кровотечения, пищевод Берретта), неэффективность медикаментозной терапии (в течении 6 месяцев), сочетание рефлюкса с бронхиальной астмой

48. Лечение язвенной болезни желудка.

Эталон ответа: При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне инфицирования желудка *H. pylori*, проводится так называемая эрадикационная антихеликобактерная терапия, включающая ингибиторы протонной помпы (омепразол и др.), препараты висмута и антибиотики (кларитромицин, тетрациклин, метронидазол и др.). Считается, что уничтожение (эрадикация) *H. pylori* способствует быстрому заживлению язвы и удлиняет период ремиссии заболевания. Все хирургические вмешательства по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки делятся на радикальные и паллиативные. К радикальным операциям (с некоторой долей условности) относятся резекция желудка и различные виды ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями, антрумрезекцией и без них (СПБ). К паллиативным операциям относятся: ушивание перфоративной язвы, прошивание и иссечение кровоточащей язвы, перевязка магистральных сосудов желудка, изолированная пилоропластика и гастроеюностомия.

49. Консервативное лечение синдрома Мэллори-Вейса (кровотечения н/З пищевода).

Консервативная терапия при синдроме Мэллори-Вейса используется с целью восстановления объема циркулирующей крови. Для этого применяют различные кристаллоидные (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, раствор Рингера и др.), коллоидные растворы (альбумин, аминоклазаль и др.), в случае тяжелой кровопотери возможно применение гемотрансфузии (эритроцитарная масса, свежезамороженная плазма). При рвоте (или позывах на рвоту) применяют метоклопрамид (церукал).

С целью остановки кровотечения используют зонд Блэкмора. Этот зонд имеет 2 балона. С помощью нижнего балона зонд фиксируется в желудке в правильном положении, после чего раздувается второй балон, находящийся в просвете пищевода. Гемостатический эффект достигается за счет механического сдавления кровоточащих сосудов пищевода. С целью остановки кровотечения возможно применение этамзилата натрия, хлористого кальция, аминокaproновой кислоты, октреатида.

50. Медикаментозное лечение после оперативной коррекции кишечной непроходимости.

Эталон ответа: Основной задачей послеоперационного введения является ликвидация тяжелых патофизиологических нарушений, восстановление нормального водно-солевого, белкового и углеводного обменов. Особое значение приобретают мероприятия, направленные на раннюю активизацию кишечной перистальтики, дезинтоксикацию, профилактику тромбоэмболических и воспалительных осложнений. С целью восстановления моторной функции желудка и кишечника в послеоперационном периоде проводят постоянную (на протяжении 3–4 сут) аспирацию желудочно-кишечного содержимого через назогастральный зонд, назначают антихолинэстеразные препараты, сеансы электростимуляции кишечника. Дезинтоксикация достигается восстановлением нормального диуреза, для чего необходимо тщательное возмещение водных потерь. Хороший дезинтоксикационный эффект достигают стимуляцией форсированного диуреза введением лазикса (30–40 мг) при умеренной гемодилюции. Синтетические плазмозаменители (реополиглюкин, гемодез) являются хорошими адсорбентами токсинов, способствуют их выведению почками. Профилактику тромбоэмболических осложнений осуществляют комплексом мероприятий: эластической компрессией вен нижних конечностей, активным режимом, назначением дезагрегантов, антикоагулянтов прямого и непрямого действия. Для борьбы с инфекцией и профилактики ее назначают антибиотики широкого спектра действия: внутривенно, внутримышечно и местно в брюшную полость через введенные в нее во время операции микроирригаторы.

51. Лечение спаечной непроходимости.

При спаечной кишечной непроходимости производят рассечение спаек, при некрозе — резекцию кишечника. При множественных сращениях, рубцовых стенозах кишки может быть выполнена операция обходного межкишечного анастомоза. Для профилактики повторного образования спаек в брюшную полость через капиллярную полихлорвиниловую трубку вводят 100 мл 4%-ного поливинилпирролидона совместно с 10—20 тыс. ЕД фибринолизина, 5—10 тыс. ЕД гепарина и 60—100 мг гидрокортизона, 200 мл 0,25%-ного новокаина с антибиотиками (200 тыс. ЕД пенициллина, 250 тыс. ЕД стрептомицина и др.). После операции рекомендуется кратковременное введение гидрокортизона или кортизона в течение 4—5 дней. Кортикостероиды вводят внутримышечно в снижающих дозировках.

52. Лечение эхинококковой кисты.

Эталон ответа: Очень редко происходит самоизлечение, связанное с гибелью паразита и последующим обызвествлением его стенок.

Оптимальным способом лечения является эхинококкэктомия. Идеальную эхинококкэктомию, при которой удаляют кисту без вскрытия ее просвета, применяют редко — при небольших размерах кисты, краевом расположении. Чаще удаляют кисту вместе с герминативной и хитиновой оболочками после предварительной пункции полости кисты, аспирации ее содержимого и последующей обработки полости противопаразитарными

средствами. Этот прием позволяет избежать разрыва кисты при выделении и тем самым предотвратить диссеминацию зародышей паразита.

После удаления кисты фиброзную оболочку изнутри повторно обрабатывают концентрированным раствором глицерина (85%) или 20% раствором хлорида натрия. Затем полость кисты ушивают отдельными швами изнутри и вворачивают наружные края фиброзной капсулы внутрь полости (капитонаж). При невозможности ушить полость прибегают к тампонаде ее сальником. В стенках плотной и толстой фиброзной капсулы иногда остаются дочерние мелкие пузыри. Поэтому при благоприятных анатомических условиях рекомендуют производить перицистэктомию, т. е. иссечение фиброзной капсулы, что делает операцию более радикальной, но более трудной и опасной для выполнения.

53. Принципы лечения перитонита.

Эталон ответа: При проведении инфузионной терапии количество внутривенно вводимой жидкости определяют, исходя из расчета 40—45 мл жидкости на 1 кг массы тела пациента (в среднем 3—4 л/сут). При этом необходимо учитывать и восполнять ощутимые потери воды и электролитов (потери жидкости с мочой, рвотой, выделениями по дренажам и кишечному зонду), а также неощутимые потери (выделение жидкости с потом и выдыхаемым воздухом) — приблизительно 1 — 1,5 л/сут. С учетом содержания электролитов в крови и кислотно-основного состояния, сначала внутривенно вводят кристаллоидные растворы для быстрого восполнения дефицита ОЦК (0,9% раствор натрия хлорида, трисамин, 5% и 10% растворы глюкозы, раствор Дарроу и др.), затем коллоидные растворы для поддержания онкотического давления плазмы и удержания жидкости в сосудистом русле (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, плазму крови, альбумин и другие инфузионные препараты). По строгим показаниям производят переливание эритроцитной массы. Перед операцией, за 1 ч до ревизии брюшной полости, необходимо ввести антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины последнего поколения, аминогликозиды, метронидазол или карбопены). Предпочтение отдается комбинации из 2—3 препаратов разных групп, для того чтобы воздействовать на анаэробную и аэробную флору. Для устранения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания применяют препараты, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин, дезагреганты, гепарин). Для дезинтоксикации организма используют методику гемодилюции с форсированным диурезом (введение фуросемида), в более тяжелых случаях — экстракорпоральные методы очищения организма от продуктов метаболизма и токсичных веществ (плазмаферез)

54. Лечение гемофилии у детей.

Эталон ответа: лечение включает заместительную терапию - в/в инфузии VIII (криопреципитат) и IX факторов свертывания крови, при значительных гемартрозах производят пункции суставов.

55. В чем заключается консервативное лечение крипторхизма у детей?

Эталон ответа: Консервативное лечение крипторхизма назначается строго совместно с эндокринологом. В качестве консервативной терапии используют хорионический гонадотропин (ХГЧ) или гонадотропин релизинг-гормон (ГнРГ), однако эффективность данной терапии не превышает 15% (уровень доказательности Б) и зависит от высоты

расположения яичка в паховом канале. Чем дистальнее расположено яичко в паховом канале, тем эффективнее терапия. ХГЧ рекомендуют использовать по схеме 3000-9000 МЕ, кратность приема 1 инъекция в неделю в течении месяца, при неэффективности лечения разрешено повторить курс с интервалом 3 месяца. ГнРГ применяют в виде назального спрея в дозе 1,2 мг/сут, в течении 1 месяца. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение.

56. Какова методика лечения неполного пупочного свища?

Эталон ответа: неполного свища пупка всегда начинают с таких консервативных мероприятий, как ежедневные ванны со слабым раствором перманганата калия, обработка свищевого хода раствором перекиси водорода и 3% настойкой йода, повязки с антисептиками (1% раствор хлорофилипта). В случае неэффективного консервативного лечения показана операция, начиная с 6-месячного возраста.

57. Консервативное лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Эталон ответа: суть консервативной терапии сводится к эрадикации инфекции мочевых путей и устранению функциональных расстройств мочевого пузыря и профилактике гибели почечной паренхимы. По данным Ю. Ф. Исакова, эффективность консервативной терапии при I–III степени ПМР составляет 60–70%. Основными осложнениями (проявлениями) ПМР являются хронический пиелонефрит (50–70%) и рефлюксогенная нефропатия (60–70%). Этиологическая структура хронического пиелонефрита (по А. Ф. Возианову и др., 2002) представлена следующим образом: кишечная палочка — 40–60%, протей — 9–16%, клебсиелла — 7–20%, стрептококк — 4–10%, L-формы — 15%, микробные ассоциации — 10–15%, энтерококк — 2–5%, синегнойная палочка — 2–7%, энтеробактер — 5–15%, стафилококк — 5–14%.

Антимикробная терапия должна носить длительный характер (6–12 мес) и применяться по результатам посевов мочи. Наиболее удобными для детей являются препараты пероральных форм. При лечении в стационаре применяются внутримышечные или внутривенные формы. Для эрадикации возбудителя нашли применение следующие препараты:

- β-лактамы полусинтетические пенициллины:
 - аугментин, 25–50 мг/кг/сут, перорально в течение 7–10 сут;
 - амоксиклав, 20–40 мг/кг/сут, перорально в течение 7–10 сут;
- цефалоспорины 2-го поколения:
 - цефутоксим (зиннат), 20–40 мг/кг/сут (в два приема) в течение 7–10 сут;
 - цефаклор (цекур), 20–40 мг/кг/сут (в три приема) в течение 7–10 сут;
- цефалоспорины 3-го поколения:
 - цефиксим (супракс), 8 мг/кг/сут (в 1 или 2 приема) в течение 7–10 сут;
 - цефтибутен (цедекс), 7–14 мг/кг/сут (в 1 или 2 приема) в течение 7–10 сут;
- фосфомицин (монурал), 1,0–3,0 г/сут;

После использования бактерицидных препаратов (антибиотиков) длительным курсом назначается уросептическая терапия:

- производные нитрофурана: нитрофурантоин, 5–7 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед;
- производные хинолона (нефторированные):

– налидиксовая кислота — 60 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед;
– пипемидовая кислота (пимидель, палин) — 200–400 мг/сут, перорально, в течение 3–4 нед;
– нитроксолин (5-НОК) — 10 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед.
С целью купирования аллергического компонента назначаются десенсибилизирующие средства:

- кларитин 5–10 мг/сут, перорально, в течение 1–2 нед;

Важную роль играет применение лекарственных средств, улучшающих внутриклеточный обмен. С антиоксидантной целью назначаются:

- токоферола ацетат, 1–2 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед;

Обязательным компонентом консервативной терапии является применение фитопрепаратов: листья и плоды брусники, клюквы, смородины, кора дуба, зверобой, крапива, ромашка, черника, мать-и-мачеха и др.

Для повышения эффективности лечения циститов у детей старшего возраста применяется местная терапия — внутрипузырные инстилляци, к которым надо относиться с осторожностью у больных с высокими степенями ПМР. Важно помнить, что объем растворов не должен превышать 20–50 мл. Используются растворы: протаргол; солкосерил; гидрокортизон; хлоргексидин; фурациллин.

58. Как называются синтетические вещества, используемые для проведения аллопластики костных дефектов, в чем их преимущество перед использованием костной аутопластики?

Эталон ответа: Это биоконпозитные материалы, являющиеся синтетическими производными гидроксиапатита (osteoset, orthoss, bio-1, i-factor и т.д.). При проведении такой аллопластики не было выявлено существенных различий с костной аутопластикой, при этом исключалась целая операция по забору аутотрансплантата.

59. Опишите технику проведения экскреторной урографии, какие контрасты используются?

Эталон ответа: используют водорастворимые йодсодержащие контрасты - Урографин, Уротраст и др., которые вводят внутривенно. Через 1 мин после внутривенного введения рентгеноконтрастного вещества на рентгенограмме выявляется изображение функционирующей почечной паренхимы (фаза нефрограммы). Через 3 мин контраст определяется в мочевых путях (фаза пиелограммы). Обычно производятся несколько снимков на 7, 15, 25, 40-й минуте, позволяющих оценить состояние верхних мочевых путей. При отсутствии выделения контрастного вещества почкой делают отсроченные снимки, которые могут быть выполнены через 1–2 ч. При заполнении контрастом мочевого пузыря получают его изображение (нисходящая цистограмма).

60. Показания и техника выполнения микционной цистографии.

Эталон ответа: это рентгенография, выполняемая во время освобождения мочевого пузыря от контрастного вещества, то есть в момент мочеиспускания (микции).

Микционная цистография широко применяется в детской урологии для выявления пузырно-мочеточникового рефлюкса и установления его степени. используют водорастворимые йодсодержащие контрасты - Урографин, Уротраст и др.

61. Целесообразно ли использовать сульфат бария («бариевую взвесь») в качестве контраста для энтерального введения при диагностике врожденной кишечной непроходимости у детей?

Эталон ответа: нет, ввиду очень маленького диаметра тонкой и толстой кишок, густая взвесь и сама по себе может вызвать кишечную непроходимость, обычно используют водорастворимые контрасты.

62. Опишите технику проведения ирригографии.

Эталон ответа: это вид рентгенологического исследования, при котором в прямую кишку пациента под давлением вводится контрастный раствор бария. Контролируют наполнение кишки барием визуально в режиме реального времени (ирригоскопия) и в нужный момент делают рентгеновские снимки (ирригограммы). Используется в основном для диагностики заболеваний толстой кишки – болезнь Гиршпрунга, долихосигма, дивертикулы кишки и т.д.

63. Какова тактика консервативного лечения при кривошее Гризеля?

Эталон ответа: антибиотикотерапия (цефтриаксон внутримышечно), противовоспалительные (диклофенак внутримышечно) и гипосенсибилизирующие средства (лоратадин), ношение воротника типа Шанца.

64. Какая тактика при обнаружении у новорожденного подкапсульной гематомы правой доли печени?

Эталон ответа: консервативная терапия гемостатиками (дицинон, аминокапроновая кислота, глюконат кальция, витамин К), УЗИ в динамике.

65. Кефалогематома, патогенез, клиника, тактика лечения.

Эталон ответа: Кефалогематома – следствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния:

- *Первая степень* – диаметром 4 см и менее.
- *Вторая степень* – диаметром от 4,1 до 8 см.

- *Третья степень* – более 8 см. По распространенности:
- *очаговая* – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры;
- *распространенная* – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит;
- *смешанная* – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками. Если размеры образования небольшие, назначают гемостатики (дицинон, аминокапроновая кислота) препараты кальция (глюконат кальция), а также витамин К на 5-7 дней. При большой (от 8 см) кефалогематоме у новорожденного детский хирург проводит ее пункцию и аспирирует жидкую кровь. После проведения пункции накладывают специальную давящую повязку.

66. Какое консервативное лечение в стационаре необходимо провести при переломе костей таза у детей?

Эталон ответа: Инфузионная терапия при переломах костей таза должна начинаться еще на этапе транспортировки или немедленно по прибытию в стационар. Очень часто пострадавшим требуется не только увеличение объема переливаемой жидкости, но и трансфузия препаратов крови (эритроцитарной массы и плазмы). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксибутират натрия. При тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока – эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал). Для профилактики инфекции в/м вводят антибиотики: линкомицин, цефтриаксон. Назначают анальгетики – как НПВС, так и СПВС, в борьбе с шоком при переломах костей таза большое значение уделяется местному обезболиванию (блокада по Школьникову-Селиванову).

67. Каковы методы ранней реабилитации пациентов в послеоперационном периоде?

Эталон ответа: Использование ганглиоблокаторов (пентамин), антихолинэстеразных средств (прозерин), церукал, серотонина адипината – для стимуляции перистальтики. Ранняя активизация пациента – сидеть, вставать с поддержкой через 6 часов после операции, на следующий день – полная мобилизация. Раннее питание – адаптированные смеси – через 5-8 часов после операции, быстрый переход на обычное питание.

68. Вы работаете в перевязочной, необходима перекись водорода, чтобы промыть рану. В перевязочной имеются флаконы с 6% перекисью водорода. Опишите ход Ваших действий.

Эталон ответа: Для промывания ран применяется перекись водорода только в концентрации 3%. Если таковой в наличии нет, то можно разбавить 6%-ю перекись физиологическим раствором или водой для инъекций в соотношении 1:1. Далее следует

уточнить, как врач хочет промывать рану – тампоном, шприцем, потоком антисептика непосредственно из флакона.

69. При подготовке больного к плановой хирургической операции по поводу паховой грыжи справа, больной самостоятельно накануне операции побрил правую паховую область и обработал выбритое место 5% спиртовым раствором йода. К каким нежелательным последствиям это может привести. Как правильно следовало действовать?

Эталон ответа: Обработка 5% раствором йода может вызвать химический ожог, что осложнит раневой процесс после операции. Кроме того область бритья явно недостаточна, бритью должна быть подвергнута вся брюшная стенка ниже пупка. Кожа после бритья обрабатывается 70% спиртом или другим лицензированным кожным антисептиком.

70. Больному после операции пахового грыжесечения рана была дренирована полоской перчаточной резины и была наложена лейкопластырная повязка. На следующий день во время перевязки было обнаружено, что повязка довольно обильно промокла серозно-сукровичным отделяемым, кожные покровы по линии швов умеренно отечны и гиперемированы, а в местах фиксации к коже лейкопластыря – ярко гиперемированы с мелкими эрозиями. Оцените течение послеоперационного периода. Ваши предложения по наложению повязки после перевязки.

Эталон ответа: Имеется реакция на лейкопластырь в виде острого дерматита. Со стороны операционной раны признаков осложнений не наблюдается. Умеренный отек и гиперемия краев раны соответствуют фазе воспаления неосложненного течения раневого процесса. Необходимо сменить тип используемого лейкопластыря на гипоаллергенный, наклеивать его на непораженные участки кожи. Имеющиеся эрозии целесообразно задубить 5% раствором перманганата калия. Через 3-4 дня, после удаления дренажа, возможно открытое ведение – швы ежедневно обрабатывать 5% раствором перманганата калия, повязки не накладывать.

71. При определении группы крови цоликлонами разных серий из лаборатории дважды был получен ответ «Группа крови не совпадает». Как определить группу крови такой ситуации? Что делать, если больному требуется экстренное переливание эритроцитов?

Эталон ответа: Если определить группу крови стандартными способами не удастся, то ее образцы (нативная и гепаринизированная) кровь должны быть направлены в специализированную серологическую лабораторию, где кроме антигенного типирования может быть проведен индивидуальный подбор трансфузионных сред. Если больному требуется экстренное переливание эритроцитов, то следует воспользоваться «универсальным донором» - трансфузионной средой группы O(I) Rh отрицательный в дозе не более 500 мл.

72. При определении резус-фактора цоликлоном «Анти-Д Супер» получен отрицательный результат, подтвержденный в клинической лаборатории. В то же время, пациент утверждает, что неоднократно сдавал кровь в качестве донора. На станции переливания крови ему сообщили, что у него резус-фактор положительный. В чем может быть дело? Каким данным доверять?

Эталон ответа: Резус отрицательным пациентом, т.е. реципиентом считается лицо, у которого на эритроцитах не выявлен поверхностный антиген D. Резус-отрицательным донором считается лицо, у которого не выявлены антигены C,D,E. Лица с отсутствием антигена D но наличием антигенов C и (или) E считаются как доноры резус-положительными, а как реципиенты – отрицательными. Видимо, к ним относится и рассматриваемый пациент. Доверять необходимо данным клинической лаборатории и заказывать для переливания резус-отрицательные трансфузионные среды.

73. Пациентка 15 лет поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке для лечения по поводу буллезной формы рожистого воспаления левой голени. Состояние при поступлении средней тяжести, пульс 84 в мин, АД 150/80 мм рт.ст, t 38,2°C. Дежурным врачом был назначен ампициллин внутримышечно в дозе 6 грамм в сутки. Ранее антибиотиками пациентка не лечилась. После первой инъекции препарата больная сразу почувствовала себя плохо. Уже в процедурном кабинете почувствовала сердцебиение, тошноту, головокружение, чувство нехватки воздуха. Медицинская сестра процедурного кабинета дала больной понюхать нашатырный спирт и вызвала дежурного врача. Пульс 96 в мин., ЧДД 26 в мин., АД 80/50 мм.рт.ст. Какое осложнение развилось у больной? Каков патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности? Как оказать неотложную помощь?

Эталон ответа: Четкая связь ухудшения состояния с введением бета-лактама антибиотика заставляет предполагать развитие анафилактического шока. Данная группа препаратов является одной из наиболее частых причин лекарственной непереносимости и анафилактического шока. Патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности при анафилактическом шоке состоит в том, что при взаимодействии антигенов и антител происходит выброс большого количества вазоактивных веществ, ряд из которых обладает вазоделятирующим действием. В результате объем сосудистого русла резко увеличивается, а артериальное давление падает. Основной целью неотложной помощи при анафилактическом шоке является стабилизация витальных функций. С целью стабилизации центральной гемодинамики необходимо применение адреналина и преднизолона. Далее больная подлежит переводу в отделение реанимации или ОРИТ.

74. В хирургическом отделении планируется оперативное вмешательство ребенку возраста 4-го дня жизни, масса тела - 3600 г. Врач назначил премедикацию М-холинолитики - атропин в дозе 0,02 мг/кг внутримышечно за 30 мин до вводной анестезии. Правильное ли назначение сделал врач в данном случае, по вашему мнению?

Эталон ответа: Да, назначение сделано верно.

75. На прием к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребенок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком. Ребенок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растет и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребенок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в легких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в

минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бедер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отека, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе

Эталон ответа: 1. Термический ожог кожи II степени, до 10% поверхности тела.
 2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипятков). Отек, гиперемия кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для ожога II степени. Площадь ожога подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бедер, голеней составит примерно 10% поверхности тела.
 3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков или мазевые повязки.
 4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.
 5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Дерматикс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием

компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	---	---	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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
удовлетворител	удовлетворительные	удовлетворительное	удовлетворительная

бно	знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	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, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие	низкая способность анализировать	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	ситуацию		
--	--	----------	--	--