

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 6

«17» июня 2025 г

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«20» июня 2025г.
№ 341

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

" Детская хирургия "

по основной специальности: Детская хирургия

Трудоемкость: 144 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Ростов-на-Дону, 2025

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Детская хирургия» обсуждена и одобрена на заседании кафедры хирургии № 4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой *Черкасов М.Ф.*

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1.Хоронько Ю.В, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

2.Геворкян Ю.А., д.м.н., профессор, Заслуженный врач РФ, заведующий отделением абдоминальной онкологии №2ФГБУ НМИЦ онкологии МЗ РФ.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации " Детская хирургия " (далее – Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Черкасов М.Ф.

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Черкасов М.Ф.	д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Бабич И.И	д.м.н, профессор	профессор кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
3.	Мельников Ю.Н	к.м.н	ассистент кафедры хирургии №4 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО – дополнительное профессиональное образование;

ФГОС –Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС –профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ –трудовая функция

ПК –профессиональная компетенция

ЛЗ – лекционные занятия

СЗ – семинарские занятия;

ПЗ – практические занятия;

СР – самостоятельная работа;

ДОТ – дистанционные образовательные технологии;

ЭО–электронное обучение;

ПА – промежуточная аттестация;

ИА – итоговая аттестация;

УП – учебный план;

АС ДПО – автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт "Врач - детский хирург" (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 134н, зарегистрировано в Минюсте РФ 5 апреля 2018 г, регистрационный N 1116)
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – детская хирургия

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «детская хирургия», а именно качественное расширение области знаний, умений и профессиональных навыков, востребованных при выполнении диагностики и лечения хирургической патологии у детей.

Вид профессиональной деятельности: врачебная практика в области детской хирургии;

Уровень квалификации: 8 уровень.

Таблица 1

Связь Программы с профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт: "Врач - детский хирург" (утвержден приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 14 марта 2018 г. N 134н, зарегистрировано в Минюсте РФ 5 апреля 2018 г, регистрационный N 1116)		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи детям по профилю "детская хирургия" в амбулаторных условиях	A/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	A/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	A/08.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
В: Оказание медицинской помощи детям по профилю "детская хирургия" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

Планируемые результаты обучения

ПК	Описание компетенции	Код ТФ ПС
ПК-1:	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными с хирургической патологией брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекцией	A/01.8 A/02.8 B/01.8 B/02.8
	должен знать: этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики и лечения хирургических заболеваний брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекции.	
	должен уметь: интерпретировать результаты осмотра и дополнительных методов обследования, применить необходимые методы диагностики и лечения хирургических заболеваний брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекции	
	должен владеть: медицинскими инструментами и аппаратурой для выполнения диспансерного наблюдения пациентов с хирургической патологией брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекцией	
ПК-2:	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	A/01.8 B/01.8

	должен знать: патологические состояния, симптомы, синдромы хирургических заболеваний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен уметь: выявить и интерпретировать вышеуказанные симптомы и синдромы и выставить диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен владеть: методами, инструментами и аппаратурой для диагностики хирургических заболеваний брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекции	
ПК-3:	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической (в том числе неотложной) медицинской помощи пациентам с патологией брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекцией	A/02.8 A/08.8 B/02.8 B/04.8
	должен знать: методы лечения хирургических заболеваний, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики	
	должен уметь: применить необходимые методы лечения хирургических заболеваний брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекции, контролировать их эффективность и безопасность	
	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами для лечения пациентов с хирургической патологией брюшной полости, грудной клетки, хирургической инфекцией в условиях хирургического (в том числе неотложного) стационара и поликлиники	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
Очная	6	6	1 неделя, 6 дней

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
" детская хирургия ", в объёме 144 часа

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Обучающий симуляционный курс	Совершенствуемые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	ПЗ	СЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	12	12	4	8											
Специальные дисциплины																
2	Социальная гигиена и организация детской хирургической помощи	12	12		6	6									ПК-1	ТК
3	Плановая и пластическая хирургия у детей	32	32	4	12	16									ПК-1 ПК-2 ПК-3	ТК
4	Торакальная и гнойно-септическая хирургия у детей	26	20		8	12		6	6						ПК-1 ПК-2 ПК-3	ТК
5	Абдоминальная хирургия детского возраста	44	32		12	14	6	12	10	2					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ТК
	Всего часов (специальные дисциплины)	114	96	4	38	48		18	16	2						

	Смежные дисциплины														
6	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	12	8		4									
	Итоговая аттестация	6													экзамен
	Всего часов по программе	144	120	16	46	52	6	18	16	2					

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 1 недели: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

МОДУЛЬ 1

рабочая программа фундаментальных дисциплин

Клиническая анатомия и оперативная медицина

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
1	Топографические аспекты реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии груди.
1.1	Топографические аспекты реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии груди у детей.
1.2	Клиническая анатомия и топографическая хирургия грудной железы. Клиническая анатомия средостений в детском возрасте
1.3	Топографо-анатомические предпосылки к оперативным доступам органов брюшной полости.
1.4	Топографические аспекты оперативной хирургии грыж передней брюшной полости
1.5	Топографо-анатомические предпосылки путей распространения гнойных процессов брюшной полости, и их оперативная хирургия.
1.6	Кишечный шов, колостома
1.7	Клиническая анатомия каналов, синусов, пути распространения в них гнойных процессов. Особенности детского возраста
1.8	Клиническая анатомия малого таза у детей. Оперативная хирургия.

Рабочие программы учебных модулей «Специальные дисциплины»

Модуль 2

Социальная гигиена и организация детской хирургической помощи

Код	Наименование тем, элементов и т. д.
2.1	<i>Развитие детской хирургии как самостоятельной клинической дисциплины</i>
2.1.1.	Этапы становления детской хирургии как самостоятельной дисциплины
2.1.2	Медицинская этика и деонтология в детской хирургии
2.2	<i>Организация детской хирургической помощи в стационаре и поликлинике</i>
2.2.1	Правовые основы деятельности детского хирурга, диспансеризация детского
2.2.2	Штаты, оснащение и оборудование
2.2.3	Экономика и финансирование
2.2.4	Страховая медицина.
2.2.5	Временная нетрудоспособность. ВКК, ВТЭК.
2.2.6	Популяризация ЗОЖ в аспекте детской хирургии

Модуль 3

«Плановая и пластическая хирургия детей»

Код	Наименование тем, элементов
3.1	<u>Патология эпителиальных ходов</u>
3.1.1	<u>Срединные кисты и свищи шеи</u>
3.1.1.1	Эмбриогенез щитовидного язычного протока
3.1.1.2	Этиопатогенез
3.1.1.3	Клиника
3.1.1.4	Методы диагностики. Фистулография. Ларингоскопия
3.1.1.5	Дифференциальная диагностика
3.1.1.6	Предоперационная подготовка
3.1.1.7	Выбор срока операции
3.1.1.8	Особенности оперативной техники
3.1.1.9	Осложнения во время операции
3.1.1.10	Ведение послеоперационного периода
3.1.1.11	Осложнения после операции. Нагноение раны. Рецидив
3.1.2	<u>Боковые кисты и свищи шеи</u>
3.1.2.1	Эмбриогенез зубно-глоточного протока
3.1.2.2	Этиопатогенез
3.1.2.3	Клиника
3.1.2.4	Методы диагностики. Фистулография. Ларингоскопия
3.1.2.5	Дифференциальная диагностика
3.1.2.6	Предоперационная подготовка
3.1.2.7	Выбор срока операции
3.1.2.8	Особенности оперативной техники
3.1.2.9	Осложнения во время операции
3.1.2.10	Ведение послеоперационного периода
3.1.2.11	Осложнения после операции

3.2	<i>Патология вагинального отростка</i>
3.2.1	<i>Паховые грыжи</i>
3.2.1.1	Эмбриогенез
3.2.1.2	Этиопатогенез
3.2.1.3	Клиника
3.2.1.4	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.2.1.5	Показания к операции
3.2.1.6	Сроки оперативного вмешательства
3.2.1.7	Техника операции в зависимости от возраста.
3.2.1.8	Ведение послеоперационного периода
3.2.1.9	Осложнения
3.2.1.10	Прогноз
3.2.2	<i>Водянка оболочек яичек</i>
3.2.2.1	Эмбриогенез
3.2.2.2	Этиопатогенез
3.2.2.3	Классификация
3.2.2.4	Клиника
3.2.2.5	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.2.2.6	Методы лечения
3.2.2.6.1	Консервативный (показания, сроки и их обоснование)
3.2.2.6.2	Оперативный (показания, сроки и их обоснование)
3.2.2.7	Ведение послеоперационного периода
3.2.2.8	Осложнения
3.2.2.9	Прогноз
3.2.3	<i>Киста элементов семенного канатика</i>
3.2.3.1	Эмбриогенез
3.2.3.2	Этиопатогенез
3.2.3.3	Клиника
3.2.3.4	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.2.3.5	Методы лечения
3.2.3.5.1	Консервативный (показания, сроки и их обоснование)
3.2.3.5.2	Оперативный (показания, сроки и их обоснование)
3.2.3.6	Ведение послеоперационного периода
3.2.3.7	Осложнения
3.2.3.8	Прогноз
3.3	<i>Грыжи брюшной стенки</i>
3.3.1	<i>Пупочная грыжа</i>
3.3.1.1	Эмбриогенез
3.3.1.2	Этиопатогенез
3.3.1.3	Клиника и диагностика
3.3.1.4	Методы лечения
3.3.1.4.1	Консервативный
3.3.1.4.2	Оперативный (показания, сроки и их обоснование)
3.3.1.5	Ведение послеоперационного периода
3.3.1.6	Осложнения
3.3.1.7	Прогноз
3.3.2	<i>Грыжи белой линии живота и параумбиликальныегрыжт</i>
3.3.2.1	Эмбриогенез
3.3.2.2	Этиопатогенез
3.3.2.3	Клиника и диагностика

3.3.2.4	Показания к операции
3.3.2.5	Сроки оперативного лечения
3.3.2.6	Техника операции
3.3.2.7	Ведение послеоперационного периода
3.3.2.8	Осложнения
3.3.2.9	Прогноз
3.3.3	<i>Бедренная грыжа</i>
3.3.3.1	Эмбриогенез
3.3.3.2	Этиопатогенез
3.3.3.3	Клиника и диагностика
3.3.3.4	Показания к операции
3.3.3.5	Техника операции
3.3.3.6	Ведение послеоперационного периода
3.3.3.7	Осложнения
3.3.3.8	Прогноз
3.4	<u>Опухоли и опухолевидные заболевания мягких тканей</u>
3.4.1	Частота доброкачественных опухолей. Классификация
3.4.2	Гемангиома
3.4.2.1	Этиопатогенез
3.4.2.2	Классификация
3.4.2.3	Клиника и диагностика
3.4.2.4	Дифференциальная диагностика
3.4.2.5	Методы лечения
3.4.2.5.1	Консервативный (склерозирующая терапия, лучевая терапия, криотерапия,
3.4.2.5.2	Оперативный (показания, техника операции)
3.4.2.5.3	Комбинированный
3.4.2.6	Ведение послеоперационного периода
3.4.2.7	Осложнения
3.4.2.8	Прогноз
3.4.3	<u>Лимфангиома</u>
3.4.3.1	Этиопатогенез
3.4.3.2	Классификация
3.4.3.3	Особенности роста опухоли
3.4.3.4	Клиника и диагностика
3.4.3.5	Дифференциальная диагностика
3.4.3.6	Методы лечения. Паллиативный.Радикальный
3.4.3.7	Ведение послеоперационного периода
3.4.3.8	Осложнения и прогноз
3.4.4	Дермоидные кисты
3.4.4.1	Этиопатогенез
3.4.4.2	Клиника и диагностика
3.4.4.3	Дифференциальная диагностика
3.4.4.4	Техника операции
3.4.4.5	Осложнения
3.4.4.6	Прогноз
3.4.5	<u>Мезенхимальные опухоли</u>
3.4.5.1	Этиопатогенез, классификация
3.4.5.2	Клиника и диагностика
3.4.5.3	Дифференциальная диагностика
3.4.5.4	Показания к операции

3.4.5.5	Техника операции
3.4.5.6	Ведение послеоперационного периода
3.4.5.7	Осложнения
3.4.5.8	Прогноз
3.4.6	<i>Неврогенные опухоли</i>
3.4.6.1	Этиопатогенез
3.4.6.2	Классификация
3.4.6.3	Дифференциальная диагностика
3.4.6.4	Показания к операции и особенности оперативной техники
3.4.6.5	Ведение послеоперационного периода
3.4.6.6	Осложнения
3.4.6.7	Прогноз
3.4.7	Тератомы
3.4.7.1	Этиопатогенез
3.4.7.2	Клиника, типичная локализация
3.4.7.3	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.4.7.4	Показания к операции и особенности оперативной техники
3.4.7.5	Ведение послеоперационного периода
3.4.7.6	Осложнения
3.4.7.7	Прогноз
3.5.	<i>Крипторхизм</i>
3.5.1.	Эмбриогенез мужских половых желез, механизм миграции яичек
3.5.2	Этиопатогенез
3.5.3	Классификация
3.5.4	Клиника
3.5.5	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.5.6	Методы обследования (проба с хориогонином, значение определения)
3.5.7	Осложнения крипторхизма (перекрут яичка, ущемление,
3.5.8	Лечение крипторхизма, выбор оптимальных сроков
3.5.9	Оценка отдаленных результатов
3.6	Острые заболевания яичек
3.6.1	Классификация
3.6.2	Этиопатогенез
3.6.3	Клиника
3.6.4	Диагностика и дифференциальная диагностика
3.6.5	Лечение (консервативное, оперативное)
3.6.6	Прогноз
3.6.7	Профилактика

Модуль 4

«Торакальная и гнойно-септическая хирургия у детей»

Код	Наименование тем, элементов
4.1	Тема 1 Заболевания легких и плевры
4.1.1	Пороки развития легких и бронхов
4.1.1.1	Классификация
4.1.1.2	Диагностика
4.1.1.3	Специальные методы обследования
4.1.1.3.1	Данные рентгеноскопии
4.1.1.3.2	Бронхоскопическая картина

4.1.1.3.3	Данные ангиопульмонологии
4.1.1.3.4	Данные аортографии
4.1.1.3.5	Данные сканирования легких
4.1.1.4	Дифференциальная диагностика
4.1.1.5	Показания к оперативному лечению
4.1.1.6	Предоперационная подготовка
4.1.1.7	Операционные доступы
4.1.1.8	Обезболивание на операции
4.1.1.9	Послеоперационное ведение
4.1.1.10	Послеоперационные осложнения
4.1.1.11	Результаты хирургического лечения
4.1.1.12	Послеоперационное ведение
4.1.2	Нагноительные заболевания легких
4.1.2.1	Бактериальные деструкции легких
4.1.2.1.1	Патогенез
4.1.2.1.2	Классификация
4.1.2.1.3	Клиника
4.1.2.1.4	Диагностика
4.1.2.1.5	Данные рентгенологического обследования
4.1.2.1.6	Бронхоскопическая картина
4.1.2.1.7	Данные бактериологического исследования мокроты и гноя
4.1.2.1.8	Дифференциальная диагностика
4.1.2.1.9	Осложнения
4.1.2.1.10	Консервативные методы лечения
4.1.2.1.11	Показания к оперативному лечению
4.1.2.1.12	Оперативное лечение
4.1.2.1.13	Послеоперационные осложнения
4.1.2.1.14	Результаты лечения
4.1.2.2	Абсцессы легкого
4.1.2.2.1	Патогенез
4.1.2.2.2	Классификация
4.1.2.2.3	Клиника
4.1.2.2.4	Диагностика
4.1.2.2.5	Данные рентгенологического обследования
4.1.2.2.6	Бронхоскопическая картина
4.1.2.2.7	Данные бактериологического исследования мокроты и гноя
4.1.2.2.8	Дифференциальная диагностика (с туберкулезом, с актиномикозом, с буллами,
4.1.2.2.9	Пункция легкого с диагностической и лечебной целью
4.1.2.2.10	Консервативные методы лечения (лечебные бронхоскопии,
4.1.2.2.11	Показания к оперативному лечению
4.1.2.2.12	Виды хирургического лечения
4.1.2.2.13	Выбор обезболивания
4.1.2.2.14	Предоперационная подготовка
4.1.2.2.15	Операционные доступы
4.1.2.2.16	Осложнения во время операции
4.1.2.2.17	Послеоперационные осложнения
4.1.2.2.18	Результаты лечения
4.1.2.3	Буллы
4.1.2.3.1	Патогенез
4.1.2.3.2	Классификация

4.1.2.3.3	Клиника и диагностика
4.1.2.3.4	Показания к наблюдению
4.1.2.3.5	Показания к лечению
4.1.2.3.6	Виды лечения
4.1.2.4	Бронхоэктазии
4.1.2.4.1	Современное представление о патогенезе
4.1.2.4.2	Классификация
4.1.2.4.3	Клиника
4.1.2.4.4	Дифференциальная диагностика (с поликистозом, с нагноившимися
4.1.2.4.5	Интерпретация данных исследования при бронхоэктазии (рентгеноскопии
4.1.2.4.6	Консервативное лечение
4.1.2.4.7	Показания к хирургическому лечению
4.1.2.4.8	Противопоказания к хирургическому лечению
4.1.2.4.9	Предоперационная подготовка
4.1.2.4.10	Хирургические доступы
4.1.2.4.11	Виды операций при бронхоэктазиях
4.1.2.4.12	Техника выполнения отдельных операций (сегментэктазия,
4.1.2.4.13	Методы обезболивания
4.1.2.4.14	Операционные осложнения и их профилактика и лечение
4.1.2.4.15	Послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение
4.1.2.4.16	Результаты хирургического лечения
4.1.3	Нагноительные заболевания плевры
4.1.3.1	Пиоторакс
4.1.3.1.1	Классификация
4.1.3.1.2	Клиника
4.1.3.1.3	Диагностика
4.1.3.1.4	Показания к консервативному лечению
4.1.3.1.5	Показания к плевральной пункции
4.1.3.1.6	Посев из плевральной полости и подбор антибактериальных препаратов
4.1.3.1.7	Показания к инфузионной терапии
4.1.3.1.8	Показания к дренированию плевральной полости
4.1.3.1.9	Показания к дренированию по Бюлау
4.1.3.1.10	Показания к дренированию с активной аспирацией
4.1.3.1.11	Результаты лечения
4.1.3.2	Пиопневмоторакс
4.1.3.2.1	Классификация
4.1.3.2.2	Клиника
4.1.3.2.3	Диагностика
4.1.3.2.4	Пункция плевральной полости
4.1.3.2.5	Показания к дренированию плевральной полости
4.1.3.2.6	Показания к бронхоскопии
4.1.3.2.7	Посев из плевральной полости и подбор антибактериальных
4.1.3.2.8	Показания к инфузионной терапии
4.1.3.2.9	Показания к бронхиальной окклюзии
4.1.3.2.10	Показания к оперативному лечению
4.1.3.2.11	Выбор обезболивания
4.1.3.2.12	Предоперационная подготовка
4.1.3.2.13	Виды операций (ушивание бронхиальных свищей, пневмоабсцессотомии,
4.1.3.2.14	Результаты лечения
4.1.3.3	Хроническая эмпиема плевры

4.1.3.3.1	Патогенез
4.1.3.3.2	Клиника
4.1.3.3.3	Диагностика
4.1.3.3.4	Специальные методы рентгенодиагностики (фистулография, бронхография)
4.1.3.3.5	Бронхоскопия
4.1.3.3.6	Формы хронических эмпием
4.1.3.3.7	Дифференциальная диагностика с сухими плевральными полостями
4.1.3.3.8	Показания к консервативному лечению
4.1.3.3.9	Показания к оперативному лечению
4.1.3.3.10	Ведение послеоперационного периода
4.1.3.3.11	Результаты лечения
4.1.3.4	Кисты легких и поликистоз
4.1.3.4.1	Классификация
4.1.3.4.2	Диагностика кист легких
4.1.3.4.3	Сроки наблюдения в диспансере
4.1.3.4.4	Осложнение кист
4.1.3.4.4.1	Нагноение
4.1.3.4.4.2	Напряжение
4.1.3.4.4.3	Нагноение с напряжением
4.1.3.4.4.4	Кровотечение
4.1.3.4.4.5	Разрыв
4.1.3.4.5	Методы оперативного лечения
4.1.3.4.6	Диагностика поликистоза легких
4.1.3.4.7	Особенности резекции легких при поликистозе
4.1.3.4.8	Результаты лечения
4.1.3.5	Опухоли легких
4.1.3.5.1	Классификация опухолей
4.1.3.5.2	Интерпретация данных методов диагностики:
4.1.3.5.2.1	Рентгенологического обследования
4.1.3.5.2.2	Бронхоскопической картины
4.1.3.5.2.3	Бронхиального зондирования
4.1.3.5.2.4	Пункции легкого
4.1.3.5.3	Дифференциальная диагностика при доброкачественных опухолях
4.1.3.5.4	Врачебная тактика при опухолях легких
4.1.3.5.5	Виды операций
4.1.3.5.5.1	Эндоскопическое удаление опухолей
4.1.3.5.5.2	Операции со вскрытием грудной клетки
4.1.3.5.6	Осложнения во время операций
4.1.3.5.7	Результаты лечения
4.1.3.6	Инородные тела трахеи и бронхов
4.1.3.6.1	Классификация
4.1.3.6.2	Клиника
4.1.3.6.3	Локализация
4.1.3.6.3.1	Инородные тела гортани
4.1.3.6.3.2	Инородные тела трахеи (фиксированные, баллотирующие)
4.1.3.6.3.3	Инородные тела долевых бронхов
4.1.3.6.3.4	Инородные тела сегментарных бронхов
4.1.3.6.3.5	Инородные тела ткани легкого
4.1.3.6.4	Интерпретация методов обследования и диагностики при инородных телах
4.1.3.6.4.1	Рентгенографии

4.1.3.6.4.2	Рентгеноскопии
4.1.3.6.4.3	Бронхоскопии
4.1.3.6.4.4	Томографии
4.1.3.6.4.5	Бронхографии
4.1.3.6.5	Методы лечения инородных тел
4.1.3.6.5.1	Бронхоскопия
4.1.3.6.5.2	Бронхотомия
4.1.3.6.6	Осложнения пребывания инородных тел в трахеи и бронхах
4.1.3.6.6.1	Острые осложнения
4.1.3.6.6.2	Хронические осложнения
4.1.3.6.7	Консервативное лечение осложнений
4.1.3.6.8	Оперативное лечение осложнений
4.1.3.6.9	Результаты лечения
4.1.3.7	Эхинококкоз легкого
4.1.3.7.1	Эпидемиология
4.1.3.7.2	Патологическая анатомия
4.1.3.7.3	Клиника и диагностика
4.1.3.7.4	Дифференциальная диагностика
4.1.3.7.5	Оперативное лечение
4.1.3.7.6	Результаты лечения
4.1.3.8	Опухоли плевры
4.1.3.8.1	Классификация
4.1.3.8.2	Клиника, диагностика
4.1.3.8.3	Лечение
4.1.3.8.4	Результаты лечения
4.2	Тема 2 Заболевания средостения
4.2.1	Опухоли и кисты средостения
4.2.1.1	Классификация
4.2.1.2	Клиническая симптоматология
4.2.1.3	Данные функционального и лабораторного исследования
4.2.1.4	Данные рентгенологического исследования
4.2.1.5	Данные специальных методов исследования
4.2.1.6	Показания к операции
4.2.1.7	Операционные доступы при опухолях средостения
4.2.1.8	Результаты лечения
4.2.2	Медиастениты
4.2.2.1	Причины возникновения
4.2.2.2	Классификация
4.2.2.3	Клиника
4.2.2.4	Диагностика
4.2.2.5	Значение рентгенологического исследования
4.2.2.6	Дифференциальная диагностика
4.2.2.7	Методы консервативного лечения
4.2.2.8	Показания к хирургическому лечению
4.2.2.9	Виды операций при медиастинитах
4.2.2.10	Методы дренирования средостения
4.2.2.10.1	Внеплевральные методы дренирования
4.2.2.10.2	Чресплевральные методы дренирования
4.2.2.11	Результаты лечения
4.2.3	Перикардиты

4.2.3.1	Причины возникновения
4.2.3.2	Классификация
4.2.3.3	Клиника
4.2.3.4	Методы диагностики
4.2.3.5	Данные рентгенологического исследования
4.2.3.6	Дифференциальная диагностика
4.2.3.7	Методы консервативного лечения
4.2.3.8	Показания к хирургическому лечению
4.2.3.9	Пункция перикарда
4.3	Тема 3 Закрытые и открытые повреждения грудной клетки
4.3.1	Классификация повреждений грудной клетки
4.3.2	Механизм повреждений грудной клетки
4.3.3	Виды пневмоторакса
4.3.3.1	Пневмоторакс закрытый
4.3.3.2	Пневмоторакс открытый
4.3.3.3	Пневмоторакс клапанный
4.3.3.4	Пневмоторакс напряженный
4.3.4	Эмфизема средостения
4.3.4.1	Диагностика и лечение
4.3.5	Травматическая асфиксия
4.3.5.1	Диагностика и лечение
4.3.6	Гемоторакс
4.3.6.1	Механизм возникновения
4.3.6.2	Виды гемоторакса
4.3.6.3	Значение ранних пункций и введения антибиотиков в лечении гемоторакса
4.3.7	Ранения и разрыв легкого
4.4	Тема 4 Гнойная инфекция в хирургии
4.4.1	Общие вопросы гнойной инфекции
4.4.1.1	Динамика заболеваемости инфекцией и причины ее роста
4.4.1.2	Характер микрофлоры при гнойно-септических заболеваниях
4.4.1.3	Анаэробная инфекция
4.4.1.4	Патофизиология гнойной инфекции
4.4.1.5	Внутригоспитальная инфекция
4.4.1.6	Профилактика и борьба с внутригоспитальной инфекцией
4.4.1.7	Современные вопросы асептики в хирургии
4.4.1.8	Клинические проявления гнойно-септических заболеваний
4.4.1.9	Особенности развития гнойно-септических заболеваний в разных возрастных
4.4.2	Лечение гнойно-септических заболеваний у детей
4.4.2.1	Санация гнойного очага
4.4.2.2	Восстановление гомеостаза
4.4.2.3	Восстановление функций жизненно-важных органов
4.4.2.4	Иммунотерапия
4.4.2.5	Детоксикационная терапия
4.4.2.6	Подавление кининовой активности
4.4.2.7	Показания и противопоказания к гормональной терапии
4.4.3	Гнойная рана
4.4.3.1	Фазы раневого процесса
4.4.3.2	Дренажирование и тампонада гнойных ран
4.4.3.3	Длительный лаваж при гнойных ранах и полостях
4.4.3.4	Препараты используемые при лечении гнойных ран

4.4.3.5	Выбор метода обезболивания
4.4.3.6	Хирургическая обработка гнойных ран, вторичные швы
4.4.3.7	Физиотерапевтическое лечение
4.4.4	Антибактериальная терапия
4.4.4.1	Классификация антибиотиков и выбор препаратов
4.4.4.2	Методы антибиотикотерапии
4.4.4.3	Осложнения антибиотикотерапии
4.4.4.4	Нитрофураны и другие антибактериальные препараты
4.4.5	Хирургический сепсис
4.4.5.1	Классификация
4.4.5.2	Патофизиология септического процесса
4.4.5.3	Клинические проявления сепсиса в разных возрастных группах
4.4.5.4	Дифференциальная диагностика
4.4.5.5	Бактериологический контроль
4.4.5.6	Принципы и методы лечения сепсиса
4.4.5.7	Принципы антибактериальной хирургии, метод местной гнотобиологической изоляции при лечении гнойных ран
4.5	Тема 5 Гнойные заболевания мягких тканей
4.5.1	Флегмона
4.5.1.1	Особенности распространения и хирургические доступы
4.5.1.2	Причины возникновения
4.5.2	Фурункул
4.5.2.1	Причины возникновения
4.5.2.2	Методы лечения
4.5.2.3	Профилактика
4.5.3	Фурункулез
4.5.3.1	причины возникновения
4.5.3.2	Методы лечения
4.5.3.3	Профилактика
4.5.4	Карбункул
4.5.4.1	Причины возникновения
4.5.4.2	Методы лечения
4.5.4.3	Профилактика
4.5.5	Лимфаденит, аденофлегмона, лимфангоит
4.5.5.1	Причины возникновения
4.5.5.2	Дифференциальная диагностика
4.5.5.3	Лечение
4.5.5.4	Профилактика
4.5.6	Рожистое воспаление
4.5.6.1	Этиология рожистого воспаления
4.5.6.2	Клинические проявления
4.5.6.3	Дифференциальная диагностика
4.5.6.4	Методы лечения
4.5.6.5	Профилактика
4.6	Тема 6 Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных
4.6.1	Этиология и патогенез гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса у
4.6.1.1	Характеристика флоры
4.6.1.2	Пути заражения и входные ворота инфекции
4.6.1.3	Особенности гнойных поражений у новорожденных
4.6.1.4	Иммунобиологические особенности новорожденных

4.6.1.5	Особенности анаэробной инфекции у новорожденных
4.6.2	Профилактика гнойной инфекции новорожденных
4.6.2.1	Роль иммунотерапии в лечении гнойных заболеваний новорожденных
4.6.3	Общая схема лечения гнойно-воспалительных заболеваний и сепсиса у
4.6.4	Воспалительные заболевания кожи
4.6.4.1	Клиника
4.6.4.2	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.6.4.3	Манипуляции в очаге
4.6.5	Флегмона новорожденных
4.6.5.1	Классификация клинических форм
4.6.5.2	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.6.5.3	Особенности хирургического лечения
4.6.5.4	Отдаленные результаты
4.6.6	Острый гематогенный остеомиелит
4.6.6.1	Клиника
4.6.6.2	Диагноз и дифференциальный диагноз
4.6.6.3	Роль рентгенологического исследования
4.6.6.4	Лечение
4.6.6.5	Принципы диспансеризации
4.6.7	Мокнувший пупок
4.6.7.1	Основные причинные факторы
4.6.7.2	Клиника
4.6.7.3	Диагностика и дифференциальная диагностика
4.6.7.4	Показания к консервативному лечению
4.6.7.5	Показания к оперативному лечению
4.6.8	Гнойные перитониты новорожденных
4.6.8.1	Врожденные и приобретенные причины возникновения
4.6.8.2	Основные клинические формы
4.6.8.3	Принципы рентгенологической диагностики
4.6.8.4	Показания к консервативному лечению
4.6.8.5	Показания к оперативному лечению
4.6.9	Гнойные заболевания органов грудной клетки
4.6.9.1	Деструктивные пневмонии у новорожденных
4.6.9.2	Пиопневмоторакс, пневмоторакс
4.6.9.3	Нагноившаяся киста легкого
4.6.9.4	Гнойный медиастенит
4.7	Тема 7 Остеомиелит
4.7.1	Острый гематогенный остеомиелит
4.7.1.1	Этиология и патогенез
4.7.1.2	Анатомические предпосылки и особенности течения острого гематогенного
4.7.1.3	Клинические формы острого гематогенного остеомиелита
4.7.1.4	Дифференциальная диагностика
4.7.1.5	Особенности развития острого гематогенного остеомиелита
4.7.1.6	Диагностика заболевания
4.7.1.6.1	Возможности неинвазивных методов
4.7.1.6.2	Диагностическая пункция: цитологическое и бактериологическое
5.7.1.6	Остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите;
5.7.1.7	Длительный проточный лаваж при остром гематогенном остеомиелите
4.7.1.8	Коррекция нарушенного гомеостаза, детоксикационная терапия
4.7.1.9	Антибактериальная терапия

4.7.1.10	Иммобилизация, физиотерапия, ЛФК
4.7.1.11	Отдаленные результаты, реабилитация, вопросы диспансеризации
4.7.1.12	Особенности острого гематогенного остеомиелита костей,
4.7.1.13	Особенности острого гематогенного остеомиелита плоских костей,
4.7.1.14	Причины перехода острого гематогенного остеомиелита в хроническую форму
4.7.2	Острый посттравматический остеомиелита
4.7.2.1	Предпосылки к развитию посттравматического остеомиелита
4.7.2.2	Лечение посттравматического остеомиелита
4.7.3	Хронический остеомиелит
4.7.3.1	Диагностика и дифференциальная диагностика
4.7.3.2	Осложнения хронического остеомиелита
4.7.3.3	Консервативные методы лечения: физиотерапия, ЛФК,
4.7.3.4	Показания к оперативному лечению
4.7.3.5	Методы оперативного лечения
4.7.4	Первично-хронический остеомиелит
4.7.4.1	Формы первично-хронического остеомиелита, клинические
4.7.4.2	Склерозирующая форма
4.7.4.3	Изолированный остеомиелит
4.7.4.4	Альбуминозный остеомиелит
4.7.4.5	Методы лечения первично-хронических форм остеомиелита

Модуль 5

«Абдоминальная хирургия детского возраста»

Код	Наименование тем, элементов
5.1	Тема 1 Хирургия пороков развития
5.1.1.	Роль генетических и пренатальных факторов в возникновении пороков
5.1.1.1	Врожденные пороки генной этиологии
5.1.1.2	Пороки развития, обусловленные генными мутациями
5.1.1.3	Роль вирусной инфекции в возникновении пороков
5.1.1.4	Пути происхождения заболеваний у новорожденных
5.1.1.4.1	пренатальный путь (эмбрио- и фетопатии)
5.1.1.4.2	антенатальная диагностика пороков развития
5.1.1.4.3	Постнатальный путь
5.1.1.5	Повреждение растущих систем, органов и тканей
5.1.1.6	Выбор срока оперативного вмешательства при различных пороках развития
5.1.1.7	Понятие о степени оперативного риска
5.1.1.8	Витальные показания к операции
5.1.1.9	Операции, выполняемые в первые часы и дни жизни
5.1.1.10	Операции, выполняемые в первые недели жизни
5.1.2	Атрезия пищевода
5.1.2.1	Эмбриогенез
5.1.2.2	Наиболее часто встречающиеся формы
5.1.2.3	Клинические проявления
5.1.2.4	Диагностика
5.1.2.4.1	При катетеризации пищевода зондом
5.1.2.4.2	При использовании рентгеноконтрастных веществ
5.1.2.5	Особенности предоперационной подготовки
5.1.2.6	Операционные доступы к пищеводу у новорожденных
5.1.2.7	Тактика при большом диастазе сегментов

5.1.2.8	Методы наложения анастомоза
5.1.2.9	Пищеводный шов и его особенности у новорожденных
5.1.2.10	Послеоперационный период и его осложнения
5.1.2.11	Поздние осложнения после прямого анастомоза пищевода
5.1.3	Врожденный трахеопищеводный свищ
5.1.3.1	Эмбриогенез
5.1.3.2	Анатомические варианты
5.1.3.3	Клиника
5.1.3.4	Диагностика
5.1.3.5	Проба с метиленовой синью
5.1.3.6	Предоперационная подготовка
5.1.3.7	Оперативное лечение
5.1.3.8	Послеоперационный период
5.1.4	Врожденный пилостеноз
5.1.4.1	Этиопатогенез
5.1.4.2	Клиника
5.1.4.3	Диагностика
5.1.4.4	Пальпаторное обнаружение увеличенного привратника
5.1.4.5	Критерии рентгенологической диагностики
5.1.4.6	Эндоскопические критерии диагностики
5.1.4.7	Дифференциальный диагноз
5.1.4.8	Особенности предоперационной подготовки
5.1.4.9	Показания к проведению эндоскопического зонда в двенадцатиперстную
5.1.4.10	Техника пилоромии по Фреде - Рамштедту в модификации Браунштейна
5.1.4.11	Послеоперационный период
5.1.4.12	Питание в послеоперационном периоде
5.1.4.13	Результаты лечения
5.1.5	Атрезия двенадцатиперстной кишки
5.1.5.1	Эмбриогенез
5.1.5.2	Клинические проявления высокой кишечной непроходимости
5.1.5.3	Диагностика и дифференциальный диагноз
5.1.5.4	Значение рентгенологического обследования
5.1.5.5	Оперативное лечение при мембранозной форме атрезии
5.1.5.6	Оперативное лечение при полной атрезии
5.1.5.7	Послеоперационный период и его осложнения
5.1.6	Атрезия тонкой кишки
5.1.6.1	Эмбриогенез
5.1.6.2	Анатомическая форма порока
5.1.6.3	Клиника различных форм атрезии
5.1.6.4	Диагностика и дифференциальный диагноз
5.1.6.5	Рентгенологическое обследование
5.1.6.6	Особенности предоперационной подготовки
5.1.6.7	Методы оперативного вмешательства
5.1.6.8	Послеоперационный период и его осложнения
5.1.6.9	Особенности кишечного шва у новорожденных
5.1.7	Пороки развития заднего прохода и прямой кишки
5.1.7.1	Эмбриогенез
5.1.7.2	Классификация
5.1.7.3	Диагностические критерии (рентгенологический, зондирование,
5.1.7.4	Выбор срока операции при различных видах атрезии

5.1.7.5	Оперативное лечение
5.1.7.6	Послеоперационное ведение
5.1.7.7	Осложнения после операции
5.1.8	Патология, вызванная нарушением поворота кишечника
5.1.8.1	Синдром Ледда, заворот средней кишки, изолированный заворот подвздошной
5.1.8.2	Диагноз и дифференциальный диагноз
5.1.8.3	Значение рентгенологического обследования
5.1.8.4	Особенности предоперационной подготовки
5.1.8.5	Особенности оперативного вмешательства
5.1.8.6	Послеоперационный период
5.1.9	Мекониевый илеус
5.1.9.1	Этиопатогенез
5.1.9.2	Оперативное лечение
5.1.9.3	Значение диетотерапии и постоянного введения пакреатина. Прогноз
5.1.10	Гастроэнтерошизис
5.1.10.1	Эмбриогенез
5.1.10.2	Антенатальная УЗИ – диагностика
5.1.10.3	Оперативное лечение
5.1.10.4	Особенности ведения послеоперационного периода
5.1.11	Атрезия желчных путей
5.1.11.1	Этиопатогенез
5.1.11.2	Классификация
5.1.11.3	Клиника
5.1.11.4	Диагноз и дифференциальный диагноз (синдром сгущения Желчи, желтуха)
5.1.11.5	Дифференциальная диагностика с применением специальных методов
5.1.11.6	Предоперационная подготовка
5.1.11.7	Тактика хирурга в зависимости от форм атрезии
5.1.11.8	Послеоперационное ведение
5.1.11.9	Результаты лечения. Сравнительная оценка современных методов лечения
5.2	Тема 2 Острый аппендицит и его осложнения
5.2.1	Острый аппендицит
5.2.1.1	Этиология
5.2.1.2	Патогенез
5.2.1.3	Клинические проявления
5.2.1.4	Особенности клиники у детей до 3 лет
5.2.1.5	Варианты расположения червеобразного отростка
5.2.1.6	Дифференциальная диагностика
5.2.1.7	Острый аппендицит и инфекционные заболевания
5.2.1.8	Значение специальных методов диагностики (теплография, рентгенография,
5.2.1.9	Формы острого аппендицита
5.2.1.10	Оперативные доступы
5.2.1.11	Техника аппендэктомии
5.2.1.12	Ведение послеоперационного периода
5.2.2.	Разлитой перитонит
5.2.2.1	Классификация разлитого перитонита
5.2.2.3	Клинические проявления
5.2.2.4	Дифференциальная диагностика
5.2.2.5	Предоперационная подготовка
5.2.2.6	Оперативные доступы
5.2.2.7	Особенности анестезии

5.2.2.8	Методы санации брюшной полости
5.2.2.9	Коррекция нарушений гомеостаза
5.2.2.10	Ведение послеоперационного периода
5.2.3	Ограниченный перитонит (инфильтрат, абсцесс)
5.2.3.1	Клиническая картина, диагностика
5.2.3.2	Дифференциальная диагностика
5.2.3.3	Лечебная тактика
5.2.4	Осложнения послеоперационного периода
5.2.4.1	Кровотечения
5.2.4.2	Нагноение раны
5.2.4.3	Инфильтрат и абсцесс брюшной полости
5.2.4.4	Динамическая непроходимость кишечника
5.2.4.5	Спаечно-паретическая непроходимость кишечника
5.2.4.6	Эвентрация кишечника
5.2.4.7	Кишечные свищи
5.2.4.8	Послеоперационный перитонит
5.3	Тема 3 Непроходимость кишечника
5.3.1	Классификация
5.3.1.1	Динамическая
5.3.1.2	Механическая
5.3.1.2.1	Обструкционная
5.3.1.2.2	Странгуляционная
5.3.1.3	Смешанная
5.3.2	Спаечная непроходимость кишечника
5.3.2.1	Виды непроходимости
5.3.2.1.1	Ранняя
5.3.2.1.2	Поздняя
5.3.2.2	Причины возникновения
5.3.2.3	Клинические проявления
5.3.2.4	Рентгенологические методы диагностики
5.3.2.5	Консервативная терапия
5.3.2.6	Оперативное лечение
5.3.2.7	Предоперационная подготовка
5.3.2.8	Выбор метода анестезии
5.3.2.9	Доступ
5.3.2.10	Показания к резекции
5.3.2.11	Декомпрессия желудочно-кишечного тракта
5.3.2.12	Ведение послеоперационного периода
5.3.2.13	Осложнения после операции
5.3.2.14	Профилактика спаечной непроходимости.
5.3.2.15	Интерстинопликация рецидивирующей кишечной непроходимости.
5.3.2.16	Лапараскопические операции
5.3.3	Инвагинация кишечника
5.3.3.1	Этиопатогенез
5.3.3.2	Классификация
5.3.3.3	Особенности клинических проявлений в зависимости от формы и давности
5.3.3.4	Специальные методы диагностики
5.3.3.5	Консервативные методы лечения
5.3.3.6	Показания к операции
5.3.3.7	Доступы и объем оперативного пособия. (особенности техники)

5.3.3.8	Ведение послеоперационного периода
5.3.3.9	Послеоперационные осложнения
5.3.4	Другие виды непроходимости кишечника
5.4	Тема 4 Травма органов брюшной полости
5.4.1	Классификация повреждений органов брюшной полости
5.4.1.1	Общие вопросы диагностики
5.4.2	Значение специальных методов обследования
5.4.2.1	Рентгенологический
5.4.2.2	Лапароцентез
5.4.2.3	Лапароскопия
5.4.3	Повреждения паренхиматозных органов
5.4.3.1	Повреждения селезенки
5.4.3.1.1	Особенности диагностики
5.4.3.1.2	Консервативное лечение
5.4.3.1.3	Показания и особенности оперативного вмешательства
5.4.3.2	Повреждения печени
5.4.3.2.1	Особенности клинических проявлений
5.4.3.2.2	Консервативная терапия
5.4.3.2.3	Оперативное лечение
5.4.3.3	Повреждения поджелудочной железы
5.4.4	Повреждения полых органов
5.4.4.1	Повреждения желудка
5.4.4.2	Травма двенадцатиперстной кишки
5.4.4.2.1	Классификация повреждений
5.4.4.2.2	Особенности клинических проявлений
5.4.4.2.3	Значение специальных методов диагностики
5.4.4.2.4	Оперативное лечение
5.4.4.3	Повреждение кишечника
5.4.5	Инородные тела желудочно-кишечного тракта
5.4.5.1	Клинические проявления
5.4.5.2	Методы лечения

МОДУЛЬ 6

Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения

Код	Наименования тем, элементов
7.1	Оборонеспособность и национальная безопасность Российской Федерации
7.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
7.1.2	Основы единой государственной политики в области ГО
7.1.3	Задачи и основы организации ЕГСП и ЛЧС
7.1.4	Организация и проведение эвакуации населения, материальных и культурных ценностей в безопасные районы
7.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
7.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
7.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
7.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения войск
7.3.2	Мобилизационное задание в интересах населения
7.3.3	Дополнительные специализированные койки (ДСК)

7.4	Государственный материальный резерв
7.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
7.5	Избранные вопросы медицины катастроф
7.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК)
7.5.2	Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС
7.6	Организация медицинского обеспечения боевых действий войск
7.6.1	Современные средства вооруженной борьбы
7.6.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
7.7	Хирургическая патология в военное время
7.7.1	Комбинированные поражения
7.7.2	Термические поражения
7.7.3	Кровотечение и кровопотеря
7.8	Терапевтическая патология в военное время
7.8.1	Радиационные поражения

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма итоговой аттестации

- в виде текущего контроля (ТК) – по учебному модулю Программы. Текущий контроль знаний представляет собой оценку результатов обучения в рамках проводимых практических и семинарских занятий, осуществляется он преподавателем в пределах учебного времени, тведенного на освоение соответствующих учебных модулей, тем, элементов.

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО, решения одной ситуационной задачи и собеседования с обучающимся.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся *удостоверение о повышении квалификации установленного образца.*

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы
----------------	--------------------

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

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	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Учебная комната №1, 5 этаж
2	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Учебная комната №2, цокольный этаж
3	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	Лекционный зал, 3 этаж
4	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	6 этаж, помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №1 .
5	ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14	6 этаж, помещение, предусмотренное для оказания медицинской помощи пациентам: операционный блок, операционный зал №3 (эндоскопический)

3.1.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения и т.д.
1.	Специализированная учебная мебель
2	Негатоскоп
3	Компьютер, мультимедийный презентационный комплекс с возможностью

	трансляции из операционных,
4	Доступ в сеть «Интернет»
5	Лицензионное программное обеспечение: Windows, Windows Server Datacenter, Office Standard, System Center Configuration Manager Client ML, Kaspersky Total Security
6	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, хирургический и микрохирургический инструментарий, аппарат для мониторингирования основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, аргонно-плазменный коагулятор.

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература.

№№	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы, кол стр..
	Основная литература
1.	Детская хирургия: учебник :рекомендовано ГБОУ ДПО "Рос. мед. Академия последипломного образования" / под ред. Ю.Ф.Исакова, А.Ю. Разумовского. - Москва :ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1036 с
2	Детская хирургия : учебное пособие [для ординаторов, аспирантов, слушателей ФПК и ППС, врачей / сост.: М.Ф. Черкасов, И.И.Бабич, О.В. Короткова и др.] ; Рост. гос.мед. ун-т, каф. хирург. болезней ФПК и ППС.- Ростов-на-Дону : Полиграфыч-Дон, 2016. -763 с.
	Дополнительная литература
1	Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 1168 с..
2	Детская хирургия. Клинические разборы: руководство для врачей / под ред. А.В.Гераськина. – М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 216с.: ил.
3	Инновационные технологии преподавания мануальных навыков эндоскопической хирургии: учебное пособие / А.Г. Хитарьян, И.П. Чумбуридзе, М.Ю. Штильман [и др.]; ГБОУ ВПО РостГМУ Минздрава России. – Ростов н/Д: Изд-во РостГМУ, 2016. - 98 с.
4	Эндоскопическое оборудование и технологии в биотехнических системах / Гурцкой Р.А., Хитарьян А.Г., Авилов А.В. Изд-во: Издательский центр ДГТУ Ростов-на-Дону, 2016. - 157 с.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

№№	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : ЭБС. – Москва : ООО ГК «ГЭОТАР». - URL: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	Консультант Плюс : справочная правовая система. - URL: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров вуза
4.	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
5.	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
6.	Scopus / Elsevier Inc., ReedElsevier. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA. – URL: http://www.scopus.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
7.	Web of Science / Clarivate Analytics. - URL: http://apps.webofknowledge.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
8.	ScienceDirect. FreedomCollection [журналы] / Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com . по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	БД издательства Springer Nature. - URL: http://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	Wiley Online Library / John Wiley & Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (Нацпроект)	Доступ неограничен
11.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsml.rssi.ru	Открытый доступ
12.	Medline (PubMed, USA). – URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
13.	International Scientific Publications. – URL: https://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
14.	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://archive.neicon.ru/xmlui/	Открытый доступ
15.	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems. - URL: https://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
16.	Медицинский Вестник Юга России. - URL: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ	Открытый доступ
17.	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры хирургии №4 факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по Детской хирургии в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 70%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Черкасов Михаил Федорович	д.м.н., профессор	Профессор, заведующий кафедрой	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2	Бабич Игорь Иванович	д.м.н., профессор	профессор	ФГБОУ ВО

				РостГМУ Минздрава России
3	Мельников Юрий Николаевич	к.м.н	ассистент	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Детская хирургия» со сроком освоения
144 академических часа по специальностям «Детская хирургия».

Список тестовых заданий по модулю 2

«Социальная гигиена и организация детской хирургической помощи»

1	Кафедра	Хирургии №4
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Миздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.
5	Ответственный составитель	Бабич И.И
6	E-mail	Babich-igor@yandex.ru,pobzder@rambler.ru
7	Моб. телефон	+7(950)8492721,89281251255
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год составления	2024г.
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	2
15	Тема	2.1 – 2.2
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

1	1	1			
1			Ведущими задачами здравоохранения на современном этапе являются:		
			недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи		
			развитие многоканальности финансирования		
			сохранение общественного сектора здравоохранения		
	*		увеличение кадрового потенциала		
			формирование правовой базы реформ		

			отрасли		
1	1	2			
1			Не является основным источником информации о здоровье:		
			официальная информация о смертности населения		
	*		данные страховых компаний		
			эпидемиологическая информация		
			данные мониторинга окружающей среды и здоровья		
			регистры заболеваний, несчастных случаев и травм		
1	1	3			
1			Основным показателем естественного движения населения является:		
	*		рождаемость, смертность		
			смертность, заболеваемость		
			инвалидность, смертность		
			инвалидность, заболеваемость		
			заболеваемость и рождаемость		
1	1	4			
1			Международная классификация болезней – это:		
			перечень наименований болезней в определенном порядке		
			перечень диагнозов в определенном порядке		
			перечень симптомов, синдромов и остальных состояний, расположенных по определенному принципу		
	*		система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями		
			перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов расположенных в определенном порядке.		
1	1	5			
1			Специалисты, имеющие право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность:		
			врач станции переливания крови		
	*		врач бальнеолечебницы		
			лечащий врач		
1	1	6			
1			До какого срока может единолично продлить листок нетрудоспособности		

			лечащий врач:		
			до 10 дней		
	*		до 15 дней		
			до 30 дней		
			до 45 дней		
			до 60 дней		
1	1	7			
1			Что не является основой для формирования территориальной программы обязательного медицинского страхования:		
			базовая программа ОМС		
			численность и состав населения территории		
			перечень медицинских учреждений, участвующих в ОМС		
			показатели объема медицинской помощи населению		
	*		объем финансовых средств		
1	1	8			
1			В понятие «децентрализация» управления здравоохранением в новых условиях не входят следующие составляющие		
			сокращение мер административно-принудительного воздействия по вертикали		
	*		отсутствие нормативной базы здравоохранения		
			децентрализация бюджетного финансирования		
			поступление средств на обязательное медицинское страхование на территориальном уровне		
			расширение прав и полномочий руководителей медицинских учреждений		
1	1	9			
1			Право сразу расторгнуть трудовой договор (контракт) администрации не дают следующие нарушения трудовой дисциплины работником:		
	*		систематическое неисполнение работником без уважительных причин возложенных на него обязанностей		
			прогул (в том числе отсутствие на работе более 3 часов в течение рабочего дня, рабочей смены) без уважительных причин		

			появление на работе в нетрезвом состоянии		
			совершение виновных действий работником, непосредственно обслуживающим денежные или товарные ценности		
			однократное грубое нарушение трудовых обязанностей руководителем учреждения или его заместителями		
1	1	10			
1			Общественное здоровье и здравоохранение - это:		
			гигиеническая наука		
	*		клиническая наука		
			интегративная наука		
			общественная наука		
1	1	11			
1			Система здравоохранения в России является		
			государственной		
	*		смешанной		
			страховой		
			частной		
1	1	12			
1			Охрана здоровья граждан -		
	*		система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического, характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, субъектов РФ, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи		
			система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического, характера, осуществляемых органами государственной власти РФ, субъектов РФ, органами местного самоуправления		
			система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера,		

			осуществляемых медицинскими организациями		
			система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, осуществляемых организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи		
1	1	13			
1			Пациент – это		
	*		физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния		
			физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь		
			физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи		
			физическое лицо, которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания и от его состояния		
1	1	14			
1			Лечащий врач - это		
			физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность		
			физическое лицо, которое имеет медицинское образование, работает в медицинской организации и непосредственно оказывает пациенту медицинскую помощь		
	*		врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному		

			оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения		
			все перечисленное верно		
1	1	15			
1			Основными принципами охраны здоровья являются, верно, все кроме одного		
			соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий, социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья		
			приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи и охраны здоровья детей		
			ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья		
			доступность и качество медицинской помощи, приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи и соблюдение врачебной тайны		
	*		все перечисленное верно		

**Список тестовых заданий по модулю 3
«Плановая и пластическая хирургия детей»**

1	Кафедра	Хирургии №4
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Миздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.
5	Ответственный составитель	Бабич И.И
6	E-mail	Babich-igor@yandex.ru,pobzder@rambler.ru
7	Моб. телефон	+7(950)8492721,89281251255
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год составления	2024г.
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	3
15	Тема	3.1 – 3.6

16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

1	1	1			
1			Паховая грыжа формируется:		
	*		может формироваться на любом этапе		
			на 7-8 месяце эмбрионального развития		
			на 5-6 месяце эмбрионального развития		
			на 2-3 неделе эмбрионального развития		
1	1	2			
1			Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является		
	*		нарушение развития мезенхимальной ткани		
			слабость апоневроза наружной косой мышцы живота;		
			чрезмерные физические нагрузки;		
			повышение внутрибрюшного давления;		
			слабость поперечной фасции		
1	1	3			
1			Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является		
			тошнота и рвота;		
			подъем температуры;		
	*		эластичное выпячивание в паховой области;		
			боли в животе;		
			плохой аппетит.		
1	1	4			
1			Дифференциальную диагностику пахово-мошоночной грыжи чаще всего приходится проводить с:		
			орхитом;		
	*		водянкой оболочек яичка;		
			варикоцеле;		
			перекрутом гидатиды;		
			орхидэпидидимитом.		
1	1	5			
1			Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:		
			частое ущемление		
			возраст после 2-х лет		

	*		установление диагноза		
1	1	6			
1			Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст		
	*		сразу после установления;		
			до 6 мес.;		
			от 1 до 3 лет;		
			старше 6 лет;		
			старше 10 лет.		
1	1	7			
1			Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно у:		
			девочек;		
			мальчиков;		
			больных старше 2 лет;		
			при часто ущемляющейся, независимо от возраста;		
	*		больных старше 5 лет.		
1	1	8			
1			В послеоперационном периода после грыжесечения необходимы		
			физиотерапия;		
			массаж;		
	*		падающий режим- 2 недели;		
			ограничение физической нагрузки на 1 год;		
			постельный режим-1 неделю.		
1	1	9			
1			Осложнения после грыжесечения обусловлены:		
	*		техническими погрешностями;		
			возрастом ребенка;		
			степенью диспластических изменений;		
			сопутствующими пороками;		
			операцией по экстренным показаниям.		
1	1	10			
1			Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:		
			возраста ребенка;		
			сопутствующих пороков;		
	*		опыта хирурга;		
			операции в плановом или экстренном порядке;		
			пола ребенка.		
1	1	11			
1			Не напряженная водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена		

			повышенным внутрибрюшным давлением;		
			диспропорцией кровеносной и лимфатической системы;		
			травмой пахово-мошоночной области;		
	*		незаращением вагинального отростка;		
			инфекцией мочевыводящих путей.		
1	1	12			
1			Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка, кроме		
			сообщающейся;		
			несообщающейся;		
	*		посттравматической;		
			физиологической;		
			островозникшей.		
1	1	13			
1			Для островозникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:		
	*		появление припухлости в одной половине мошонки;		
			ухудшение общего состояния;		
			подъем температуры;		
			резкая болезненность;		
			гиперемия мошонки.		
1	1	14			
1			Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:		
			паховой грыжи;		
			крипторхизма;		
	*		перекрута и некроза яичка;		
			пахового лимфаденита;		
			киста элементов семенного канатика.		
1	1	15			
1			Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1,5 лет предусматривает		
			оперативное лечение в плановом порядке;		
			наблюдение до 3-4 лет;		
	*		наблюдение до 1,5-2 лет;		
			пункцию;		
			экстренную операцию.		
1	1	16			
1			Показаниями к операции Винкельмана являются		
			водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;		
			мутная водяночная жидкость;		

			изменение оболочки яичка;		
			облитерированный вагинальный отросток;		
	*		все, перечисленное.		
1	1	17			
1			После операции по поводу водянки оболочек яичка необходимы		
			физиотерапия;		
			массаж;		
	*		обычный образ жизни;		
			Гограничение физической нагрузки;		
			постельный режим.		
1	1	18			
1			Осложнения после операции по поводу водянки оболочек яичка обусловлены		
			возрастом ребенка		
			сопутствующими пороками		
			запоздалой операцией		
	*		техническими погрешностями		
1	1	19			
1			Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:		
	*		видом оперативного вмешательства;		
			предшествующей гормональной терапией;		
			попыткой лечения пункционным способом;		
			сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы;		
			запоздалой операцией.		
1	1	20			
1			Полная облитерация вагинального отростка брюшины заканчивается к:		
			28-32 ведали внутриутробной жизни;		
			рождению;		
	*		1 году;		
			2-3 годам;		
			сразу после рождения.		
1	1	21			
1			Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:		
			гормональный дисбаланс;		
			диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов;		
	*		незаращение вагинального отростка;		
			специфический процесс;		
			патология мочевыделительной системы.		

1	1	22			
1			Наиболее характерный признак кисты элементов семенного канатика:		
			отечность в паховой области;		
			гиперемия в паховой области;		
	*		эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;		
			резкая болезненность;		
			расширение наружного пахового кольца.		
1	1	23			
1			Дифференциальная диагностика кисты элементов семенного канатика включает все перечисленное, кроме:		
			пахового лимфаденита;		
			водянки оболочек яичка;		
			крипторхизма;		
			ущемленной паховой грыжи;		
	*		перекрутагидатады.		
1	1	24			
1			Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 мес. включает экстренное оперативное лечение;		
	*		одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию;		
			оперативное лечение в плановом порядке;		
			гормональное лечение;		
			наблюдение в динамике.		
1	1	25			
1			Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает пункцию элементов семенного канатика		
			рассечение оболочек;		
	*		операцию Гросса		
			операцию Винкельмана;		
			выворачивание и прошивание оболочек яичка.		
1	1	26			
1			После операции по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:		
			физиотерапия;		
			лечебная физкультура;		
			массаж;		
			ограничение физической нагрузки;		
	*		обычный образ жизни.		
1	1	27			
1			Послеоперационные осложнения у детей,		

			оперированных по поводу кисты элементов семенного канатика связаны с:		
			возрастом ребенка;		
			сопутствующими пороками;		
	*		техническими погрешностями;		
			запоздалой операцией;		
			диагностической ошибкой.		
1	1	28			
1			Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:		
			период новорожденности;		
	*		6 мес — 1 год;		
			2-5 лет;		
			6-9 лет;		
			начиная с 10 лет.		
1	1	29			
1			Для ребенка 6 месяцев, страдающего крипторхизмом в форме паховой ретенции, тактически правильно проводить:		
			диспансерное наблюдение		
	*		лечение ХГ		
			оперативное лечение		
			снятие с учета		
			регулярный массаж паховой области		
1	1	30			
1			Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:		
			основное осложнение крипторхизма — гипогенитализм и бесплодие;		
			крипторхизм — системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;		
			аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;		
			лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;		
	*		лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.		

Список тестовых заданий по модулю 4
«Торакальная и гнойно-септическая хирургия детей»

1	Кафедра	Хирургии №4
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Миздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.
5	Ответственный составитель	Бабич И.И
6	Е-mail	Babich-igor@yandex.ru,pobzder@rambler.ru
7	Моб. телефон	+7(950)8492721,89281251255
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год составления	2024г.
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	4
15	Тема	4.1 – 4.7
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

Список тестовых заданий

1	1	1			
1			На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные полости. Наиболее вероятный диагноз:		
			абсцесс легкого;		
	*		буллы;		
			пиоторакс;		
			пневмоторакс;		
			пиопневмоторакс.		
1	1	2			
1			Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз:		
			пиопневмоторакс;		
			буллезная форма легочной деструкции;		
	*		абсцесс легкого;		
			пиоторакс;		

			медиастенальная эмфизема.		
1	1	3			
1			На рентгенограмме вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости наиболее вероятный диагноз:		
			абсцесс легкого;		
			тотальная эмпиема плевры;		
			осумкованный плеврит;		
	*		плащевидный плеврит;		
			буллезная форма легочной деструкции		
1	1	4			
1			На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Наиболее вероятный диагноз:		
			пиопневмоторакс;		
			ателектаз;		
			буллезная форма легочной деструкции;		
	*		пиоторакс;		
			пневмоторакс.		
1	1	5			
1			на рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:		
			пневмоторакс;		
			гидропневмоторакс;		
	*		напряженный гидропневмоторакс:		
			тотальная эмпиема плевры;		
			абсцесс легкого.		
1	1	6			
1			оптимальным доступом при резекции верхней доли является:		
			задний;		
			заднебоковой;		
			передний;		
			боковой;		
	*		переднебоковой.		
1	1	7			
1			при пиотораксе лечение предусматривает:		
			интенсивную терапию без вмешательств в очаг:		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			Пункцию плевральной полости;		
	*		дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			бронхоскопию.		
1	1	8			

1			при тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания лечение предусматривает:		
			интенсивную терапию без вмешательств в очаг:		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			Пункцию плевральной полости;		
			дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
	*		торакоскопию с ультразвуковой санацией.		
1	1	9			
1			При абсцессе легкого, дренирующемся в бронх оптимальный метод лечения:		
			пункция абсцесса;		
			радикальная операция;		
	*		бронхоскопическая санация;		
			дренирование абсцесса;		
			катетеризация бронха.		
1	1	10			
1			В случае нерасправления легкого при пиопневмотораксе после повторных бронхоблокад следует рекомендовать:		
			дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			ультразвуковую санацию плевральной полости;		
	*		радикальную операцию;		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			пункцию плевральной полости.		
1	1	11			
1			на рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:		
			напряженный гидропневмоторакс;		
			гигантский кортикальный абсцесс;		
	*		напряженный пневмоторакс;		
			тотальная эмпиема плевры;		
			мелкоочаговая бак.деструкция легких.		
1	1	12			
1			у больного больших размеров буллезное образование в легком. Смещения средостения нет. Ему необходимо выполнить:		
			бронхоскопический дренаж;		
			интенсивную терапию без вмешательства в очаг;		
	*		пункцию буллы;		

			дренирование буллы;		
			катетеризацию бронха.		
1	1	13			
1			На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:		
			тотальная эмпиема плевры;		
	*		ателектаз легкого;		
			плащевидный плеврит;		
			абсцесс легкого;		
			пиоторакс.		
1	1	14			
1			На рентгенограмме горизонтальный уровень жидкости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз:		
			напряженный пневмоторакс;		
	*		простой пневмоторакс;		
			пиопневмоторакс;		
			напряженный пиопневмоторакс;		
			пиоторакс.		
1	1	15			
1			на бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого, больному следует рекомендовать;		
	*		оперативное лечение;		
			консервативное лечение;		
			длительную бронхоскопическую санацию;		
			оперативное лечение временно не показано;		
			санаторное лечение.		
1	1	16			
1			на бронхограмме у больного имеется деформирующий бронхит нижней доли одного легкого. Остальные бронхи не поражены. Оптимальным методом лечения является:		
			резекция нижней доли;		
			торакоцентез;		
			экстирпация бронхов нижней доли;		
			бронхоскопическая санация;		
	*		консервативное лечение.		
1	1	17			
1			оптимальным доступом при резекции средней доли является:		
			задний;		
			заднебоковой;		

	*		передний;		
			боковой;		
			переднебоковой.		
1	1	18			
1			оптимальным доступом при резекции нижней доли является:		
			задний;		
	*		заднебоковой;		
			передний;		
			боковой;		
			переднебоковой.		
1	1	19			
1			послеоперационные ателектазы наиболее часто возникают на:		
	*		1-3 сутки;		
			4-7 сутки;		
			7-10 сутки;		
			11-14 сутки;		
			14-17 сутки.		
1	1	20			
1			Оптимальный метод лечения абсцесса легкого без дренирования в бронх:		
			радикальная операция;		
			бронхоскопический дренаж;		
			пункция абсцесса;		
	*		катетеризация бронха;		
			дренирование абсцесса.		
1	1	21			
1			При буллезной форме легочной деструкции оптимальным методом лечения является:		
			пункция буллы;		
	*		интенсивная терапия без вмешательства в очаг;		
			дренирование буллы;		
			бронхоскопический дренаж;		
			плевральная пункция.		
1	1	22			
1			При плащевидном плеврите оптимальным методом лечения является:		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			Бинтенсивная терапия без вмешательства в очаг;		
	*		пункция плевральной полости;		
			дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		

			бронхоскопия.		
1	1	23			
1			При парциальном пневмотораксе оптимальным методом лечения является:		
	*		пункция плевральной полости;		
			дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			бронхоскопия;		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			интенсивная терапия без вмешательства в очаг.		
1	1	24			
1			У ребенка 6 мес. при обследовании обнаружено киста в легком. Дыхательной недостаточности нет. Состояние удовлетворительное. Показана:		
	*		выжидательная тактика;		
			дренирование кисты;		
			оперативное лечение;		
			пункция кисты;		
			консервативное лечение.		
1	1	25			
1			Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме - тонкостенная полость с уровнем жидкости без перифокальной реакции.		
			абсцесс легкого;		
			напряженная киста легкого;		
	*		нагноившаяся киста легкого;		
			диафрагмальная грыжа;		
1	1	26			
1			у больного напряженный пневмоторакс с большим бронхоплевральным свищем. Ему следует рекомендовать:		
			бронхоблокаду;		
			плевральную пункцию;		
	*		дренирование плевральной пункции по Бюлау;		
			дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			выжидательную тактику.		
1	1	27			
1			при простом пиопневмотораксе следует выполнять:		
			плевральную пункцию;		
	*		дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			радикальную операцию;		

			торакоскопию с ультразвуковой санацией.		
1	1	28			
1			при напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнять:		
			плевральную пункцию;		
	*		дренирование плевральной полости с активной аспирацией;		
			дренирование плевральной полости по Бюлау;		
			радикальную операцию;		
			торакоскопию с ультразвуковой санацией.		
1	1	29			
1			при фибротораксе оптимальным методом лечения является:		
			радикальная операция;		
	*		консервативная терапия, при неэффективности – радикальная операция;		
			плевральная пункция;		
			дренирование плевральной полости;		
			бронхоскопия.		
1	1	30			
1			у ребенка имеется нагноившаяся киста легкого. Консервативное лечение в течение 2-х недель не дало успеха. Ему следует рекомендовать:		
			продолжение консервативного лечения;		
			выжидательную тактику;		
	*		радикальную операцию;		
			дренирование кисты;		
			санаторное лечение.		

Список тестовых заданий по модулю 5
«Абдоминальная хирургия детского возраста»

1	Кафедра	Хирургии №4
2	Факультет	ФПК и ППС
3	Адрес (база)	ФГБОУ ВО РостГМУ Миздрава России, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский 29, ГБУ РО ОДКБ ул.339 Стрелковой дивизии, 14
4	Зав.кафедрой	Черкасов М.Ф.
5	Ответственный составитель	Бабич И.И
6	E-mail	Babich-igor@yandex.ru,pobzder@rambler.ru

7	Моб. телефон	+7(950)8492721,89281251255
8	Кабинет №	222
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год составления	2024г.
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	5
15	Тема	5.1 – 5.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	30
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

1	1	1			
1			У ребенка 5 лет приступообразные боли в животе, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Год назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование надо начать с:		
	*		обзорной рентгенографии;		
			дачи бариевой взвеси через рот;		
			гипертонической клизмы;		
			ректального исследования;		
			пальпации живота под наркозом.		
1	1	2			
1			У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:		
			срочная операция;		
			наблюдение;		
			бария, наблюдение;		
	*		дача бария, проведение консервативных мероприятий;		
			операция в плановом порядке.		
1	1	3			
1			Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начинать с:		
			ректального пальцевого исследования;		
			ирригографии с воздухом;		
	*		обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;		
			введения зонда в желудок;		
			дачи бариевой взвеси через рот.		

1	1	4			
1			При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:		
			3-6		
			6-12		
			12-24		
	*		24-48		
			48-72		
1	1	5			
1			У ребенка странгуляционная непроходимость кишечника, ему необходимо:		
			проведение консервативных мероприятий;		
			наблюдение;		
			дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;		
			срочная операция;		
	*		операция после предоперационной подготовки.		
1	1	6			
1			У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:		
			срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
	*		разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ;		
			разрез по Пфаненштилю.		
1	1	7			
1			У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:		
	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ;		
			разрез в правом подреберье.		
1	1	8			
1			У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:		

	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ слева;		
			параректальный доступ справа.		
1	1	9			
1			У ребенка по поводу операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. тактика хирурга включает:		
	*		резекция явно некротизированного отдела кишки, илеостомию, плановую релапаротомию через 12 часов;		
			резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;		
			резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;		
			выведение на кожу измененного участка кишки петлей;		
			резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.		
1	1	10			
1			При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение :		
	*		3-6 часов;		
			6-12 часов;		
			12-24 часа;		
			24-48 часов;		
			48-72 часа.		
1	1	11			
1			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:		
			острый аппендицит;		
	*		инвагинация кишечника;		
			аппендикулярный инфильтрат;		
			кишечная инфекция;		
			опухоль брюшной полости.		
1	1	12			
1			Наиболее частой причиной тонко-конкокишечной инвагинации является:		
	*		возрастная дискоординация		

			перистальтики;		
			изменение режима питания;		
			диспепсия;		
			респираторно-вирусная инфекция;		
			органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)		
1	1	13			
1			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:		
	*		начальный период;		
			период ярких клинических проявлений;		
			период непроходимости кишечника;		
			явления перитонита;		
			период осложнений.		
1	1	14			
1			Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:		
			в отказе от рентгенологического исследования;		
			в визуальной диагностике инвагината;		
			в визуальном контроле за расправлением инвагината;		
			в возможности выявить органическую причину инвагинации;		
	*		в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.		
1	1	15			
1			Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:		
			лапароскопия;		
	*		колоноскопия;		
			ирригография с воздухом;		
			ирригография с бариевой смесью;		
			пальпация живота под наркозом.		
1	1	16			
1			Оптимальные условия закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации		

			кишечника, при гладком послеоперационном течение составляет:		
	*		5-7 дней;		
			1 мес.;		
			3 мес.;		
			6 мес.;		
			1 год.		
1	1	17			
1			У ребенка 8 мес. клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 часов с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:		
			ирригografiю с воздухом;		
			ирригografiю с бариевой смесью;		
	*		колоноскопию;		
			лапароскопию;		
			исследование ректального давления.		
1	1	18			
1			У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов.		
			Выражена картина непроходимости. В этом случае предпочтительна:		
	*		срединная лапаротомия;		
			поперечная лапаротомия;		
			разрез в правой подвздошной области;		
			параректальный доступ справа;		
1	1	19			
1			В начальном периоде инвагинации кишечника лечение надо начать с:		
			растравления инвагината воздухом под рентгеновским контролем;		
			пальпаторного расправления инвагината под наркозом;		
			расправления инвагината под контролем лапароскопа;		
	*		расправления инвагината под контролем колоноскопа;		
			оперативного лечения.		
1	1	20			
1			При ранней спаечной непроходимости консервативную терапию проводят в течение:		
			3-6 часов;		
			6-12 часов;		
	*		12-24 часа;		
			48-72 часа;		

			не проводят.		
1	1	21			
1			При поздней спаечной непроходимости кишечника консервативные мероприятия следует проводить в течение :		
	*		3-6 часов;		
			6-12 часов;		
			12-24 часа;		
			24-48 часов;		
			48-72 часа.		
1	1	22			
1			В основе болезни Гиршпрунга лежит:		
	*		врожденный аганглиоз участка толстой кишки;		
			гипертрофия мышечного слоя кишки;		
			поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;		
			токсическая дилатация толстой кишки;		
			все перечисленное.		
1	1	23			
1			У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:		
	*		острую;		
			подострую;		
			хроническую;		
			ректальную;		
			ректосигмоидальную.		
1	1	24			
1			При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга надо выполнить:		
			ирригографию;		
	*		ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;		
			дачу бариевой смеси через рот;		
			колоноскопию;		
			определение активности ацетилхолинэстеразы.		
1	1	25			
1			У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальным способом оперативного пособия у него является:		
			радикальная операция;		
			колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки;		
			колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку;		

			пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки;		
			терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки.		
1	1	26			
1			У ребенка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:		
			консервативное лечение с помощью сифонных клизм;		
			радикальное оперативное вмешательство;		
			пристеночную цекостомию;		
	*		двухствольную стому на восходящий отдел кишки;		
1	1	27			
1			Ребенок 3 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:		
	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		
1	1	28			
1			Ребенок 4 лет поступает с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:		
			консервативную терапию, сифонные клизмы;		
			радикальное оперативное вмешательство;		
			срочную колостомию;		
	*		колостомию после кратковременной предоперационной подготовки;		
			колостомию после консервативных мероприятий.		
1	1	29			
1			Ребенок 6 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. У ребенка наиболее вероятна:		

	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		
1	1	30			
1			Ребенок 5 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе хронические запоры . Задержка стула 8 дней. У ребенка наиболее вероятно:		
	*		болезнь Гиршпрунга;		
			долихосигма;		
			хронический колит;		
			неспецифический язвенный колит;		
			болезнь Крона.		

2. Оформление фонда ситуационных задач

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

1) В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое. На протяжении последних двух дней рвота, температура тела 38.8, стула не было 4 суток.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга, острая кишечная непроходимость. *
- b. кишечная колика
- c. копростаз

2. Предложите тактику диагностики:

- a. ирригография
- b. обзорная рентгенография органов брюшной полости + УЗИ *
- c. МРТ

3. Наиболее оптимальный объем лечения:

- a. консервативная терапия + оперативное лечение после предварительной подготовки в случае отсутствия эффекта от консервативных мероприятий в течение 6 часов *
- b. диагностическая лапаротомия
- c. консервативная терапия, наблюдение.

2) При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдавливанием не удастся. При дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

а. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *

б. инвагинация кишечника

с. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

а. резекция головки инвагината

б. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза*

с. энтеростомия

3) Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3е сутки от начала заболевания. На операции в брюшной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его “ползет” при дотрагивании.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

а. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *

б. инвагинация кишечника

с. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Предложите тактику диагностики:

а. использование специфических методов диагностики для достоверного определения жизнеспособности тканей кишечника *

б. резекция визуально измененных тканей

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

а. резекция головки инвагината

б. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза*

с. энтеростомия

4) Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов, в срок, с массой тела 3000г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько вздут. При осмотре промежности отмечено отсутствие анального отверстия. По средней линии - кожный валик, седалищные бугры сближены, симптом толчка отрицателен.

Вопросы.

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки*
- b. вестибулярный свищ
- c. болезнь Гиршпрунга

2. Предложите тактику диагностики:

- a. УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой.*
- b. обзорная рентгенография органов брюшной полости
- c. Фистулография

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. превентивная колостомия с последующей аноректопластикой *
- b. аноректопластика
- c. операция Дюамеля

5) Девочка с массой тела 2100, 5 баллов по шкале Апгар. На момент осмотра кожные покровы умеренно синюшные, рефлексy ослаблены, двигательная активность снижена, дыхание самостоятельное, отхождение мекония из половой щели, скудное, задний проход отсутствует, вестибулярного свища не выявлено.

Вопросы.

1.Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. аноректальный порок развития, ректоуретральный свищ *
- b. атрезия ануса
- c. атрезия прямой кишки

2. Предложите тактику диагностики:

- a. УЗИ промежности + брюшной полости+ цистоуретрография*
- b. обзорная рентгенография органов брюшной полости
- c. ирригография

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. превентивная колостомия с последующей аноректопластикой либо брюшно-промежностной аноректопластикой*

- b. операция Свенсона
- c. иссечение свища

6) Пациент на 1 сутки после рождения доставлена в клинику в связи с отсутствием анального отверстия и клинической картиной низкой кишечной непроходимости. При осмотре промежности и беспокойстве ребенка положительный симптом «толчка», при раздражении анальной ямки заметно сокращение внешнего сфинктера.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. промежностная фистула, анальная мембрана *
- b. атрезия ануса
- c. атрезия прямой кишки

2. Предложите тактику диагностики:

- a. УЗИ промежности + брюшной полости*
- b. обзорная рентгенография органов брюшной полости
- c. ирригография

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. рассечение мембраны + аноректопластика*
- b. операция Свенсона
- c. колостомия

7) В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое. На протяжении последних двух дней рвота, температура тела 38.8, стула не было 4 суток. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. острая кишечная непроходимость
- b. декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга *
- c. острый гастроэнтероколит

2. Предложите тактику лечения:

- a. консервативная терапия
- b. оперативное лечение после предоперационной подготовки *
- c. динамическое наблюдение

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. радикальное оперативное вмешательство
- b. двухствольную колостомию на восходящий отдел кишки
- c. терминальную колостомию на переходной зоне кишки*

8) Ребенок 3 лет поступил в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, увеличен в размерах. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Болезнь Гиршпрунга*
- b. хронический колит
- c. болезнь Крона

2. Какой форме заболевания соответствует представленная клиническая картина:

- a. декомпенсированной*
- b. компенсированной
- c. субкомпенсированной

3. Перечислите возможные методы терапии:

- a. консервативную терапию, сифонные клизмы
- b. радикальное оперативное вмешательство
- c. колостомию после кратковременной предоперационной подготовки*

9) У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в периоде новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Болезнь Гиршпрунга *
- b. копростаз
- c. острая кишечная непроходимость

2. Представленной клинической картине соответствует форма заболевания:

- a. хроническая
- b. острая
- c. подострая *

3. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. обзорная рентгенография брюшной полости
- b. ирригография с воздухом

с. ирригография с бариевой взвесью *

10) В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое. На протяжении последних двух дней рвота, температура тела 38.8, стула не было 4 суток.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

а. декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга, острая кишечная непроходимость. *

б. кишечная колика

с. копростаз

2. Предложите тактику диагностики:

а. ирригография

б. обзорная рентгенография органов брюшной полости + УЗИ *

с. МРТ

3. Наиболее оптимальный объем лечения:

а. консервативная терапия + оперативное лечение после предварительной подготовки в случае отсутствия эффекта от консервативных мероприятий в течение 6 часов *

б. диагностическая лапаротомия

с. консервативная терапия, наблюдение.

11) При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдавливанием не удастся. При дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

а. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *

б. инвагинация кишечника

с. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

а. резекция головки инвагината

б. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза *

с. энтеростомия

12) Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3е сутки от начала заболевания. На операции в брюшной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат

длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его “ползет” при дотрагивании.

Вопросы.

1. Сформулируйте окончательный диагноз.

- a. осложненная форма инвагинации кишечника, некроз головки инвагината *
- b. инвагинация кишечника
- c. странгуляционная кишечная непроходимость.

2. Предложите тактику диагностики:

- a. использование специфических методов диагностики для достоверного определения жизнеспособности тканей кишечника *
- b. резекция визуально измененных тканей

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. резекция головки инвагината
- b. резекция головки инвагината в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза*
- c. энтеростомия

13) У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. правосторонняя острая -гнойно деструктивная пневмония, легочно-плевральная форма, правосторонний пиопневмоторакс. *
- b. абсцесс легкого
- c. инородное тело бронхов

2. Предложите тактику диагностики:

- a. бронхоскопия
- b. обзорная рентгенография органов грудной клетки *
- c. УЗИ плевральной полости

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. дренирование плевральной полости по Бюлау *
- b. резекция доли легкого
- c. пункция плевральной полости

14) У ребенка 4 лет с подозрением на пиоторакс при диагностической пункции получено 200 мл мутного выпота, вслед за которым обильно выделился воздух.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. острая правосторонняя гнойно-деструктивная пневмония, правосторонний пиопневмоторакс. *
- b. правосторонний пиоторакс.
- c. абсцесс легкого.

2. Предложите тактику диагностики:

- a. бронхоскопия*
- b. УЗИ плевральной полости
- c. рентгенография

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. повторные пункции плевральной полости
- b. дренирование плевральной полости по Бюлау*
- c. резекция доли легкого

15) У ребенка 5 лет, находящегося на лечении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, после периода относительного улучшения, нормализации температуры вновь появились гектического характера температура, кашель с обильной мокротой, особенно по утрам.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. острая правосторонняя гнойно-деструктивная пневмония, легочная форма, абсцесс справа. *
- b. пиоторакс справа
- c. пиопневмоторакс справа

2. Предложите тактику диагностики:

- a. рентгенографии органов грудной клетки *
- b. бронхоскопия
- c. УЗИ плевральной полости

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. бронхоскопия, дренирование абсцесса, санация*
- b. торакотомия
- c. пункция абсцесса.

16) Родители пациента возрастом 1 мес обратились к врачу с жалобами на отсутствие в мошонке правого яичка. При объективном осмотре выявлено, что половой член развит правильно, правая половина мошонки меньше левой. Правое яичко в мошонке не определяется, при пальпации области правого пахового канала определяется опухолевидное образование размерами 1х1,5 см, безболезненное, подвижное, мягкой эластической консистенции.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Паховая грыжа
- b. Крипторхизм*
- c. Водянка оболочек правого яичка

2. Предложите тактику лечения:

- a. экстренное оперативное вмешательство.
- b. оперативное лечение в плановом порядке в возрасте 6 мес*
- c. оперативное лечение в плановом порядке в возрасте 5 лет.

3. Наиболее оптимальный объем оперативного лечения:

- a. низведение правого яичка в мошонку*
- b. лапароскопическая ревизия органов брюшной полости с последующим низведением правого яичка.
- c. ревизия мошонки.

17) Пациент 14 лет, обратился с жалобами на увеличение левой половины мошонки, периодические боли в левом яичке после физической нагрузки. При объективном исследовании выявлено, что половые органы развиты правильно, левая половина мошонки несколько увеличена, при пальпации определяются расширенные извитые вены по ходу семенного канатика, яичко обычных размеров.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. Варикоцеле *
- b. Паховая грыжа
- c. Водянка оболочек левого яичка

2. Какой степени заболевания соответствует клиническая картина:

- a. II степень*
- b. I степень
- c. III степень

3. «Золотым стандартом» в диагностике данной патологии является:

- a. СКТ, МРТ
- b. рентгенологическое исследование с контрастом
- c. скротальная эходоплерография *

18) Родители пациента 6 мес, обратились с жалобами на периодическое увеличение правой половины мошонки. Тошноты, рвоты не отмечено. Увеличение правой половины мошонки выявлено случайно в возрасте 3-х мес. Состояние ребенка удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. При объективном исследовании выявлено, что половые органы развиты правильно, правая половина мошонки несколько увеличена, при пальпации опухолевидное образование, размерами 3х4 см. плотной эластической консистенции, несколько уменьшающееся при надавливании.

Вопросы.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

- a. водянка правого яичка *
- b. паховая грыжа
- c. варикоцеле

2. Представленной клинической картине соответствует:

- a. сообщающейся водянке правого яичка*
- b. кисте элементов семенного канатика
- c. изолированной водянке правого яичка

3. Предложите дополнительные методы диагностики для подтверждения диагноза:

- a. обзорная рентгенография брюшной полости
- b. СКТ, МРТ малого таза
- c. УЗИ органов мошонки + пахового канала *

3. Оформление фонда теоретических вопросов для собеседования

Организация хирургической помощи детям

1. Этапы развития Отечественной детской хирургии. Перспективы развития детской хирургической помощи в нашей стране и за рубежом.

2. Медицинская этика и деонтология. Взаимоотношения врача и больного. Врачебная тайна.
3. Юридическая ответственность. Основы законодательства о здравоохранении. Правовые нормы. Ответственность должностных лиц за нарушение законодательства.
4. Основы планирования стационарной детской хирургической помощи городскому и сельскому населению.
5. Организация экстренной стационарной помощи детям с хирургическими заболеваниями.
6. Принципы организации плановой стационарной помощи детям с хирургическими заболеваниями.

Плановая и пластическая хирургия

1. Срединные кисты и свищи шеи
2. Боковые кисты и свищи шеи
3. Паховые грыжи
4. Водянка оболочек яичка
5. Киста элементов семенного канатика. Киста Нукке
6. Пупочная грыжа
7. Грыжи белой линии живота и параумбиликальные грыжи
8. Бедренная грыжа
9. Гемангиома
10. Лимфангиома
11. Дермоидные кисты
12. Мезенхимальные опухоли
13. Неврогенные опухоли
14. Тератомы
15. Ангиодисплазии
16. Пороки развития артерий
17. Пороки развития лимфатических сосудов
18. Пластическая хирургия рубцовых поражений мягких тканей.

Торакальная и гнойно-септическая хирургия

1. Общие вопросы гнойной инфекции

2. Современные аспекты характеристики микробного пейзажа
3. Общее и местное лечение гнойно-септических заболеваний у детей
4. Антибактериальная терапия гнойно-септических заболеваний у детей
5. Хирургический сепсис.
6. Гнойные заболевания мягких тканей
7. Гнойные заболевания кисти
8. Острый гематогенный остеомиелит
9. Хронический остеомиелит
10. Гнойный артрит
11. Пороки развития бронхов и легких
12. Нагноительные заболевания легких
13. Буллы и бронхоэктазии
14. Нагноительные заболевания плевры
15. Кисты легких и Поликистоз
16. Опухоли легких
17. Инородные тела трахеи и бронхов
18. Эхинококкоз легкого
19. Опухоли и кисты средостения
20. Медиастениты
21. Перикардиты
22. Халазия и ахалазия пищевода
23. Химические ожоги пищевода
24. Диафрагмальные грыжи
25. Воронкообразная деформация грудной клетки
26. Классификация повреждений грудной клетки. Виды пневмоторакса
27. Ранения и разрыв легкого. Гемоторакс
28. Повреждения сердца при проникающих ранениях

Абдоминальная хирургия детского возраста

1. Роль генетических и пренатальных факторов в возникновении пороков развития
2. Атрезия пищевода
3. Врожденный трахеопищеводный свищ
4. Врожденный пилоростеноз
5. Атрезия двенадцатиперстной кишки

6. Атрезия тонкой кишки
7. Пороки развития заднего прохода и прямой кишки
8. Синдром Ледда, заворот средней кишки, изолированный заворот средней кишки
9. Мекониевый илеус
10. Гастроэнтерошизис
11. Атрезия желчных ходов
12. Острый аппендицит
13. Ограниченный перитонит (инфильтрат, абсцесс)
14. Разлитой перитонит
15. Осложнения послеоперационного периода после аппендэктомии
16. Виды непроходимости кишечника
17. Спаечная непроходимость кишечника
18. Инвагинация кишечника
19. Травмы органов брюшной полости
20. Синдром портальной гипертензии
21. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
22. Меккелев дивертикул.