



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

ПРИНЯТА

Ученым советом ИПКВК и ДПО ФГБОУ ВО
Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского
Минздрава России
Протокол от 24.06.2022 № 5
Председатель ученого совета,
директор ИПКВК и ДПО

И. О. Бугаева

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России
Н.В. Шуковский
« 31 » _____ 2022_ г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.3

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

ФГОС ВО утвержден приказом 1056
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация

Врач-детский онколог

Форма обучения

ОЧНАЯ

Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
хирургии детского возраста
профпатологии, гематологии и клинической
фармакологии

Протокол от 13.05.2022 г. № 10

Заведующие кафедрами:

И.В. Горемыкин

Т.В. Шелехова

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Цель и задачи освоения учебной дисциплины:

Цель освоения дисциплины:

- подготовка квалифицированного врача-детского онколога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях плановой, неотложной, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи.

Задачи освоения дисциплины:

1. Обеспечить общепрофессиональную подготовку врача-детского онколога, включая основы фундаментальных дисциплин, вопросы этиологии, патогенеза, клинических проявлений заболеваний, лабораторных и функциональных исследований, постановки диагноза, определения видов и этапов лечения с учетом современных достижений медицины;
2. Овладение необходимым уровнем знаний по детской хирургии; обучение проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными заболеваниями в хирургической практике.
3. Совершенствование знаний, умений, навыков по клинической, лабораторной, функциональной диагностике, инструментальным и аппаратным исследованиям в целях формирования умений оценки результатов исследований, проведения дифференциальной диагностики, прогноза заболеваний, выбора оптимальных схем адекватного лечения больных детского хирургического профиля;
4. Совершенствовать знания по фармакотерапии, включая вопросы фармакодинамики, фармакокинетики, показаний, противопоказаний, предупреждений и совместимости при назначении лечебных препаратов;
5. Совершенствовать знания основ медицинского страхования, вопросов организации хирургической помощи, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частых заболеваний и осложнений в детской хирургии, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.
6. Совершенствовать знания основ медицинской этики и деонтологии врача, основам медицинской психологии в зависимости от выявленной патологии и характерологических особенностей пациентов.
7. Сформировать базисный запас знаний по изучаемой дисциплине на основе иллюстративного и методического материала.
8. Предоставить дополнительный научный, учебный и иллюстративный материал к проведению практических занятий и самостоятельной работе ординатора.
9. Предоставить ординатору научную, практическую информацию, направленную на ускорение приобретения самостоятельных практических лечебных и диагностических навыков.
10. Предоставить ординатуру материал для максимально эффективного использования времени практического занятия и ускорения самоподготовки.
11. Обучить основной клинической симптоматологии наиболее распространенных хирургических заболеваний и наиболее часто применяемым методам диагностики этих заболеваний.
12. Обучить основным специальным методам лечения хирургических больных.
13. Изучить основные проявления злокачественных заболеваний различных органов и современных способов их лечения, реабилитации пациентов.

14. Изучить некоторые urgentные состояния при травматических повреждениях.
15. Освоить необходимые современные способы обследования и курации хирургических больных, правила написания историй болезни.
16. Освоить основные практические навыки.

2. Перечень планируемых результатов:

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

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Выпускник программы ординатуры должен обладать **профессиональными компетенциями (ПК)**, соответствующими виду (видам) профессиональной деятельности, на который (которые) ориентирована программа ординатуры:

- профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков (ПК-4);

- диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) (ПК-5);

- лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании детской хирургической медицинской помощи (ПК-6);

- реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

- психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

- организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10),

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

2.1. Планируемые результаты обучения

п/№	номер/ индекс компете нции	содержание компетенции (или ее части)	в результате изучения учебной дисциплины обучающиеся должны:			
			знать	уметь	владеть	оценочные средства
1	2	3	4	5	6	7
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу. Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе. профессиональных и лечебных задач на основе клинико-анатомических сопоставлений, структуры, логики и принципов построения диагноза	Познавательные психические процессы (ощущения, восприятие, внимание, память, мышление, воображение, речь); Основы аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики.	Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессах формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности при решении практических задач детского хирурга; Использовать в практической деятельности навыки аргументации, публичной речи, ведения дискуссии и полемики, практического анализа и логики различного рода рассуждений; Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в процессе выстраивания взаимоотношений с	Навыками формирования клинического мышления, врачебного поведения, усвоения алгоритма врачебной деятельности в решении профессиональных и лечебных задач на основе клинико-анатомических сопоставлений, структуры, логики и принципов построения диагноза	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

				<p>пациентами и их родителями, с коллегами; Использовать профессиональные и психолого-педагогические знания в научно-исследовательской, профилактической и просветительской работе.</p>		
2	УК-2	<p>готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск возникновения ятрогенных заболеваний в детской хирургической практике. Работать</p>	<p>Основы медицинской психологии. Психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); Основы возрастной психологии и психологии развития; Основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); Определение понятий "этика", "деонтология", "медицинская деонтология", "ятрогенные заболевания", риск</p>	<p>Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; Брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; Соблюдать этические и деонтологические нормы в общении.</p>	<p>Способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; Навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; Способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

		<p>в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентками; Соблюдать этические и деонтологические нормы в общении с их родственниками.</p>	<p>возникновения ятрогенных заболеваний в детской хирургической практике.</p>			
3	ПК-1	<p>готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин</p>	<p>Новые современные методы профилактики заболеваний и патологических состояний в детской хирургии. Методы планирования семьи. Факторы, влияющие на рождаемость. Влияние производственных факторов на специфические функции детского организма Знать природные и медико-социальные факторы среды, влияющие на состояние</p>	<p>Выявить факторы риска развития той или иной хирургической патологии у детей, организовать проведение мер профилактики Проводить санитарно-просветительную работу по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития хирургической патологии. Осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастно-половых групп и состояния здоровья Оценить роль природных и</p>	<p>Владеть основами этики, деонтологии при проведении лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

		и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	здоровья ребенка.	медико-социальных факторов в развитии патологии в каждом конкретном случае и наметить пути профилактики		
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными детьми	Организацию и проведение диспансеризации детей, анализ ее эффективности Основные направления профилактических мероприятий в детской хирургической практике, направленные на сохранения здоровья детей. Основы формирования групп диспансерного наблюдения в поликлинике. Основы онкологической настороженности в целях профилактики и ранней диагностики злокачественных	Осуществлять диспансеризацию и оценивать ее эффективность Проводить профилактические осмотры и диспансеризацию детей в различные периоды жизни Провести реабилитацию после перенесенных операций. Проводить диспансеризацию и патронаж новорожденных и грудных детей. Участвовать в разработке профилактических программ с целью снижения детской и перинатальной заболеваемости и смертности Оказывать	Методикой проведения санитарно-просветительной работы Методикой наблюдения за больными с онкологическими заболеваниями	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

			<p>новообразований у детей.</p> <p>Вопросы временной или стойкой врожденной инвалидизации при некорректируемых пороках развития и приобретенных заболеваниях, врачебно-трудовой экспертизы в детской хирургии.</p>	<p>профилактическую и медико-социальную помощь детям.</p> <p>Определить порядок наблюдения за больными с различной хирургической патологией.</p> <p>Оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</p>		
--	--	--	--	---	--	--

5	ПК-4	<p>Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков</p>	<p>Современные социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детского населения и подростков на уровне различных подразделений медицинских организаций (поликлиника, педиатрический сельский врачебный участок) в целях разработки мер по улучшению и сохранению здоровья</p>	<p>Наметить план мероприятий по улучшению здоровья детского населения</p>	<p>Методикой анализа показателей эффективности контроля за состоянием здоровья детского населения и подростков</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>
6	ПК-5	<p>Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с</p>	<p>Содержание международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) Роль причинных факторов и причинно-следственных связей в возникновении типовых</p>	<p>Анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального</p>	<p>Отраслевыми стандартами объемов обследования в детской хирургии. Методами совокупной оценки результатов проведенного обследования (интерпретация данных опроса, физикального осмотра, клинического</p>	<p>тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование</p>

		<p>Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>патологических процессов и болезней</p> <p>Закономерности изменения диагностических показателей при различных патологических процессах у детей.</p> <p>Последовательность объективного обследования детей с различной патологией.</p> <p>Диагностические (клинические, лабораторные, инструментальные) методы обследования, применяемые в детской хирургической практике</p>	<p>состояния детского организма для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов</p> <p>Выявлять основные патологические симптомы и синдромы, анализировать закономерности функционирования органов и систем при различных заболеваниях</p> <p>Использовать алгоритм постановки диагноза с учетом МКБ</p> <p>Выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояниях</p>	<p>обследования, результатов современных лабораторно-инструментальных обследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала), позволяющими определить диагноз</p> <p>Методикой оценки показателей гемодинамики, функции органов дыхания, почек, печени, кишечника.</p> <p>свертывающей системы</p> <p>Алгоритмом определения плана в каждом случае клинико-лабораторного исследования</p> <p>Методами диагностики плановой и ургентной детской хирургической патологии</p> <p>Методикой определения и оценки физического развития детей, методиками определения и оценки</p>	
--	--	---	---	---	--	--

					<p>функционального состояния детского организма.</p> <p>Методикой оценки методов исследования плода; определением хирургических пороков развития плода для своевременной хирургической коррекции порока развития после рождения ребенка.</p>	
7	ПК-6	<p>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании детской хирургической медицинской помощи</p>	<p>Возрастные периоды развития ребенка, основные анатомические и функциональные изменения органов в возрастном аспекте</p> <p>Причины возникновения патологических процессов в организме ребенка, механизмы их развития и клинические проявления</p> <p>Физиологию ребенка и патофизиологию различных заболеваний. Группы риска.</p>	<p>Организовать лечебно-диагностический процесс в различных условиях (стационар, амбулаторно-поликлинические учреждения, дневной стационар, на дому) в объеме, предусмотренном квалификационной характеристикой врача детского онколога.</p> <p>Оказывать в полном объеме лечебные мероприятия при плановой и ургентной хирургической патологии</p> <p>Проводить лечение (консервативное, оперативное) пациентов с различной хирургической</p>	<p>Отраслевыми стандартами объемов лечения в детской хирургии</p> <p>Способностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие, принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях оптимизации лечебной тактики</p>	<p>тестовый контроль;</p> <p>ситуационные задачи (разноуровневые);</p> <p>собеседование</p>

		<p>Клиническую симптоматику и терапию неотложных состояний, в том числе в детской хирургии, их профилактику.</p> <p>Показания к госпитализации детей (плановой, экстренной)</p> <p>Клиническую симптоматику опухолей различной локализации, их диагностику, принципы лечения и профилактики.</p> <p>Основы клинической фармакологии, фармакокинетики и фармакотерапии лекарственных препаратов у детей различных возрастных групп. Теоретические основы топографической анатомии и оперативной хирургии, топографическую анатомию конкретных областей и органов, их возрастную и индивидуальную</p>	<p>патологией. Выработать план ведения детей различного возраста с разной патологией.</p> <p>Проводить дифференциальный подход к составлению плана ведения хирургического больного.</p> <p>Своевременно определить показания к операции.</p> <p>Уметь оценить противопоказания.</p> <p>Владеть методикой остановки кровотечения, первичной хирургической обработкой ран, вскрытия гнойников различного происхождения, репозицией костных фрагментов при переломах костей, дренирования плевральной полости при плевральных осложнениях, брюшной полости при перитонитах, владеть методиками различных оперативных пособий при ургентных состояниях и др.</p>		
--	--	---	--	--	--

			<p>изменчивость, виды и технику основных хирургических операций</p> <p>Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, профилактику осложнений</p> <p>Приемы и методы обезболивания; основы инфузионно-трансфузионной терапии и реанимации в детской хирургии и неонатологии.</p> <p>Оборудование и оснащение операционных, отделений (палат) интенсивной терапии.</p> <p>Технику безопасности при работе с аппаратурой.</p> <p>Хирургический инструментарий и шовный материал, используемые в хирургической практике. Современные</p>			
--	--	--	---	--	--	--

			<p>методы обеспечения септики и антисептики в хирургической практике</p> <p>Основные принципы профилактики гнойно-септических осложнений в хирургических стационарах</p>			
8	ПК-8	<p>готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>Основы физиотерапии и лечебной физкультуры в детской хирургии</p> <p>Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению</p> <p>Знать эфферентные методы лечения в хирургии (классификация по принципам действия): детоксикация, рекоррекция, иммунокоррекция;</p> <p>показания к их применению</p> <p>Ознакомиться с методами профилактики и лечения, так</p>	<p>Определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению лечебной физкультуры</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению фитотерапии</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению гомеопатии</p> <p>Определить показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения</p> <p>Выбрать оптимальное время для проведения физиотерапевтического</p>	<p>Методикой простейших элементов дыхательной гимнастики и лечебной физкультуры в послеоперационном периоде</p> <p>Владеть выбором оптимального режима двигательной активности в послеоперационном периоде</p>	<p>тестовый контроль;</p> <p>ситуационные задачи (разноуровневые);</p> <p>собеседование</p>

		<p>называемой, традиционной медицины: рефлексотерапии, апитерапии, гидротерапии, фитотерапии, а также с методами лечения альтернативной медицины: гомеопатия, психотерапия и др.</p> <p>Порядок определения необходимого режима в и послеоперационном периоде (после лапаротомических и лапароскопических вмешательств)</p> <p>Механизм действия физиотерапевтических процедур</p> <p>Показания и противопоказания к проведению физиотерапевтического лечения</p> <p>Показания и противопоказания к водо- и грязелечению при хирургических заболеваниях.</p>	<p>лечения при хирургических заболеваниях</p> <p>Выбрать оптимальное время для проведения санаторно-курортного лечения при хирургических заболеваниях</p>		
--	--	--	---	--	--

9	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Основные принципы здорового образа жизни Влияние алкоголя, никотина, лекарственных и наркотических препаратов на организм ребенка, плод Основы рационального питания и принципы диетотерапии в детской хирургической практике	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей Доходчиво объяснить пациенткам и их родственникам важность для детского организма ведения здорового образа жизни и устранения вредных привычек Доходчиво объяснить пациентам и их родственникам основы рационального питания и принципы диетотерапии	Принципами общения с пациентами и их родственниками Принципами этических и деонтологических норм в общении	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование
10	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранении Организацию детской хирургической помощи в стране	Вести медицинскую документацию и осуществлять преимственность между ЛПУ Анализировать основные показатели деятельности лечебно-профилактического учреждения	Основными принципами организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях Отраслевыми стандартами объемов обследования и лечения в детской хирургии	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

			(амбулаторной, стационарной, специализированной), работу скорой и неотложной помощи Медицинское страхование Законодательство по охране детей.			
11	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Показатели оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Провести оценку оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей Использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций	Методикой анализа хирургических заболеваний Методиками расчета младенческой смертности Структуру хирургической заболеваемости. Мероприятия по ее снижению. Общими принципами статистических методов обработки медицинской документации	тестовый контроль; ситуационные задачи (разноуровневые); собеседование

здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания																				
ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	×	×	×				×		×			×	×	×	×	×	×	×		×
ПК-3: готовность к проведению противозидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных				×								×		×	×	×	×			

чрезвычайных ситуациях																					
ПК-4: готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	×					×				×					×	×	×	×	×		×
Диагностическая деятельность																					
ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	×	×	×					×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×		×
Лечебная деятельность																					
ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	×	×	×					×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×
ПК-7: готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации					×										×	×	×	×	×		
Реабилитационная деятельность																					

ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	×		×					×		×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
Психолого-педагогическая деятельность																					
ПК-9: готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	×		×					×		×	×	×	×		×	×	×	×		×	
Организационно-управленческая деятельность																					
ПК-10: готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	×		×			×		×	×		×	×	×	×	×	×	×	×		×	
ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	×		×			×		×	×					×	×	×	×	×		×	

Государственная итоговая аттестация (государственный экзамен)	Тестовый контроль	×		×	×	×	×	×	×		×					×	×	×	×	×		
	Практико-ориентированные вопросы	×		×					×		×					×	×	×	×	×		
	Решение ситуационных задач	×		×					×		×					×	×	×	×	×		

2.3. СОПОСТАВЛЕНИЕ ОПИСАНИЯ ТРУДОВЫХ ФУНКЦИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА (ПРОЕКТА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНДАРТА) С ТРЕБОВАНИЯМИ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН ПО ФГОС ВО (ФОРМИРУЕМЫМИ КОМПЕТЕНЦИЯМИ)

Профессиональный стандарт	Требования к результатам подготовки по ФГОС ВО (компетенции)	Вывод о соответствии
ОТФ: Оказание медицинской помощи населению по профилю «Детская онкология»	ВПД: профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая	соответствует
ТФ 1: Проведение обследования пациентов в целях выявления онкологических заболеваний заболеваний крови, кроветворных органов, злокачественных новообразований лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, установления диагноза	ПК-1, 5, 10 УК-1, 2	соответствует
ТФ 2: Назначение лечения пациентам с детскими онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, контроль его эффективности и безопасности	ПК-6, 8, 11 УК-1, 2	соответствует
ТФ 3: Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации при детских онкологических , крови, кроветворных органов, злокачественных новообразованиях лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, в том числе, при реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов	ПК- 4, 8 УК-1, 2	соответствует
ТФ 4: Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз, медицинских осмотров диспансерного наблюдения в отношении пациентов с детскими онкологическими заболеваниями , заболеваниями крови, кроветворных органов, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей	ПК-2, 5 УК-1, 2	соответствует
ТФ 5: Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПК-1, 9, 10 УК-1, 2	соответствует
ТФ 6: Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме	ПК-6 УК-1, 2	соответствует

В профессиональном стандарте (проекте профессионального стандарта) не нашли отражения следующие компетенции выпускника программы ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология: УК-3, ПК-3, 7, 12.

3. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Детская хирургия» относится к Блоку 1 базовой (Б1.В.ОД.3) части федерального государственного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 «Детская онкология».

Для освоения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения, навыки, сформированные предшествующими дисциплинами специальностям «Педиатрия».

4. Общая трудоемкость дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость учебной дисциплины составляет 2 зачетных единиц. (72 акад. часа)

4.1. Трудоемкость контактной работы учебной дисциплины детская хирургия (модуля) и виды учебной работы

Вид учебной работы		Объем в зачетных единицах (ЗЕТ)	Объем в академических часах (час.)	Количество часов в году			
				1 курс		2 курс	
				1 семестр	2 семестр	3 семестр	4 семестр
1		2	3	4		5	
Аудиторные занятия (всего), в том числе:		2	72			72	
Лекции (Л)							
Практические занятия (ПЗ)		1,5	54			54	
Семинары (С)							
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		0,5	18			18	
Вид промежуточной аттестации	Зачет после каждого семестра (1,2,3,4)						
ИТОГО: Общая трудоемкость		2	72				

5. Структура и содержание учебной дисциплины “Детская хирургия”:

5.1. Разделы, содержание учебной дисциплины, осваиваемые компетенции и формы контроля

№ п/п	Индекс компетенции	Наименование раздела учебной дисциплины (модуля)	Содержание раздела в дидактических единицах, формируемые компетенции и трудовые действия	Формы контроля
1	2	3	4	5
Б1.В.ОД.3.1	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Краниофациальная хирургия	<p>Пороки развития головы, лица и шеи встречаются в детском возрасте достаточно часто, что обусловлено нарушением эмбриогенеза. Наиболее часто встречаются врожденные расщелины лица (расщелина губы, расщелина твердого и мягкого неба), редко колобома, кисты и свищи шеи (срединный и боковой). Это обусловлено сложностью формирования лицевой области. В настоящее время большинство пороков развития головы, лица и шеи диагностируется пренатально при помощи УЗИ. Результаты лечения и дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики акушерами и педиатрами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроков своевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного послеоперационного ведения пациентов и реабилитации.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1), ➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p>	

			<p>Профилактическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1) <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы физиологии и патофизиологии при патологии черепно-лицевой области• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с пороком развития головы и шеи. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при пороках развития головы и шеи <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.) • Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи • Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) • Оценить тяжесть состояния пациента • Владеть методами диагностики и лечения пороков развития головы и шеи и их осложнений • Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии • Знание современных методов профилактики и лечения пороков развития головы и шеи • Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению • Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий) • Социально-гигиенический мониторинг 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования ➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2) <p><u>Необходимые знания (знать)</u> Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при пороках развития головы и шеи Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления Основы функциональных и органических нарушений при данных пороках и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u> Собрать полный медицинский анамнез пациента Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента</p> <p>Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам</p> <p>Владеть методами диагностики и лечения пороков развития головы и шеи и их осложнений</p> <p>Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <p>Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей</p> <p>Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента</p> <p>Изучение анамнеза пациента</p> <p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p> <p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Проведение диспансеризации</p>	
Б1.В.ОД.3.2	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Торакальная хирургия	<p>Пороки развития и приобретенные заболевания органов грудной полости и грудной клетки встречаются в детском возрасте достаточно часто, что обусловлено нарушением эмбриогенеза, присоединением патогенной инфекции. Наиболее часто встречаются врожденные или приобретенные заболевания легких, приводящие к острой дыхательной недостаточности у новорожденных и детей раннего возраста. Это обусловлено сложностью формирования грудной области. В настоящее время большинство пороков развития органов грудной клетки диагностируется пренатально при помощи УЗИ (напряженная киста легкого, кистофиброзные дегенерации, агенезия легкого, атрезия пищевода, ложная диафрагмальная грыжа и др.). Результаты лечения и</p>	

		<p>дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики акушерами и хирургами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроков своевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного послеоперационного ведения пациентов и реабилитации.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1),➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2) <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы физиологии и патофизиологии при	
--	--	---	--

патологии черепно-лицевой области

- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления
- Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с пороком развития головы и шеи. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при пороках развития головы и шеи

Необходимые умения (уметь):

- Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность
- Анализировать медицинский анамнез пациента
- Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)
- Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)
- Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи
- Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)
- Оценить тяжесть состояния пациента

			<ul style="list-style-type: none"> • Владеть методами диагностики и лечения пороков развития головы и шеи и их осложнений • Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии • Знание современных методов профилактики и лечения пороков развития головы и шеи • Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению • Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий) • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные 	
--	--	--	--	--

			<p>исследования</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u> Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при пороках развития головы и шеи Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления Основы функциональных и органических нарушений при данных пороках и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u> Собрать полный медицинский анамнез пациента Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам Владеть методами диагностики и лечения пороков развития головы и шеи и их осложнений Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u> Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента Изучение анамнеза пациента</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p> <p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Проведение диспансеризации</p>	
Б1.В.ОД.3.3	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Урология-андрология	<p>Пороки развития и приобретенные заболевания органов мочевыделительной системы (МВС) встречаются в детском возрасте часто, что обусловлено нарушением эмбриогенеза, присоединением патогенной инфекции. Наиболее часто встречаются врожденные или приобретенные заболевания МВС, приводящие к обструкции МВС у новорожденных и детей раннего возраста, возникновению ПМР, стенозу дистального отдела мочеточника.. Это обусловлено сложностью формирования органов МВС в процессе эмбриогенеза, сдавлением мочеточника извне кистами, опухолями, аберрантными сосудами и др. В настоящее время большинство пороков развития органов МВС диагностируется пренатально при помощи УЗИ и в постнатальном периоде с применением рентгенологических способов диагностики ЭУГ, КТ, МРТ и др.. Нередки в практике уролога пороки развития наружных половых органов (гипоспадия, эписпадия, экстрофия мочевого пузыря, требующие оперативного лечения и своевременной коррекции Результаты лечения врожденных пороков развития и дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики акушерами и хирургами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроков своевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного послеоперационного ведения пациентов и реабилитации. Значительное место в детской урологии занимают приобретенные воспалительные заболевания органов МВС (острый и хронический пиелонефрит</p>	

		<p>апостематозный, карбункул почки, паранефрит, абсцесс почки). Своевременная клиническая диагностика, использование дополнительных методов исследования позволяют в ранние сроки заболевания выявить хирургическую патологию, провести оперативное лечение и получить благоприятные результаты.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1),➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1) <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы физиологии и патофизиологии при патологии МВС• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления	
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с пороком развития МВС. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при пороках развития МВС <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения пороков развития МВС и их осложнений• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения	
--	--	--	--	--

			<p>пороков развития МВС</p> <ul style="list-style-type: none">• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные исследования➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2) <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p>	
--	--	--	---	--

			<p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при пороках развития МВС</p> <p>Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <p>Основы функциональных и органических нарушений при данных пороках и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <p>Собрать полный медицинский анамнез пациента</p> <p>Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)</p> <p>Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)</p> <p>Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента</p> <p>Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам</p> <p>Владеть методами диагностики и лечения пороков развития головы и шеи и их осложнений</p> <p>Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <p>Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей</p> <p>Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента</p> <p>Изучение анамнеза пациента</p> <p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p>	
--	--	--	--	--

			<p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции Формирование эпикриза Проведение диспансеризации</p>	
Б1.В.ОД.3.4	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Гнойно-септические заболевания (ГСЗ)	<p>Приобретенные ГСЗ заболевания встречаются в детском возрасте часто, что обусловлено, присоединением патогенной инфекции. Наиболее часто встречаются приобретенные ГСЗ заболевания, приводящие к развитию острого гематогенного остеомиелита (ОГО-эпифизарного или метадиафизарного, сепсису)., что требует срочной диагностики и выполнению оперативного лечения по жизненным показаниям. Результаты лечения ГСЗ и дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики хирургами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроковвоевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного послеоперационного ведения пациентов и реабилитации. Значительное место в детской хирургии занимают приобретенные воспалительные заболевания у новорожденных и детей раннего и более старшего возраст (флегмона новорожденного, мастит новорожденного, псевдофурункулез, аденофлегмона, абсцессы разной локализации, фурункул, карбункул). Своевременная клиническая диагностика, использование дополнительных методов исследования позволяют в ранние сроки заболевания выявить хирургическую патологию, провести оперативное лечение и получить благоприятные результаты.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1), ➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и 	

культурные различия (УК-2).

Профессиональные компетенции (ПК)

Профилактическая деятельность:

- Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)

Необходимые знания (знать):

- Основные вопросы физиологии и патофизиологии при ГСЗ
- Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления
- Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с ГСЗ. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при ГСЗ

Необходимые умения (уметь):

- Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность
- Анализировать медицинский анамнез пациента
- Провести опрос пациента, родственников, законных

			<p>представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)</p> <ul style="list-style-type: none">• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения ГСЗ и их осложнений• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения ГСЗ• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических	
--	--	--	--	--

			<p>(профилактических мероприятий)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Социально-гигиенический мониторинг • Информирование населения, санитарно-просветительская работа • Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта • Пропаганда здорового образа жизни • Осмотр (консультация) первичный • Направление на лабораторные исследования • Направление на инструментальные/специальные исследования <p>➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u> Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при ГСЗ Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления Основы функциональных и органических нарушений при ГСЗ и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u> Собрать полный медицинский анамнез пациента Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)</p>	
--	--	--	---	--

			<p>Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)</p> <p>Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть пациента состояния пациента</p> <p>Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам</p> <p>Владеть методами диагностики и лечения ГСЗ и их осложнений</p> <p>Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <p>Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей</p> <p>Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента</p> <p>Изучение анамнеза пациента</p> <p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p> <p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Проведение диспансеризации</p>	
Б1.В.ОД.3.5	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Травматология и ортопедия детского возраста	<p>Приобретенные травматологические заболевания переломы, вывихи, черепно-мозговая травма, ожоги.отморожениявстречаются в детском возрасте часто, что обусловлено преимущественно чрезвычайной активностью детей, отсутствием анализа своих действий и недосмотром родителей.Наиболее часто встречаются травматические повреждения у детей после 3 лет. Переломы верхних, нижних конечностей, черепно-мозговая травма требует срочной диагностики (рентгенологические способы –R-снимки, КТ) МРТ, репозиции переломов выполнения оперативного лечения по жизненным показаниям: ушивание ран, первичной хирургической обработки</p>	

		<p>ран Результаты лечения травмы и дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики хирургами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроков своевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного послеоперационного ведения пациентов и реабилитации. Своевременная клиническая диагностика, использование дополнительных методов исследования позволяют в ранние сроки заболевания выявить хирургическую патологию, провести оперативное лечение и получить благоприятные результаты.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1),➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1) <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы физиологии и патофизиологии при	
--	--	---	--

			<p>травме</p> <ul style="list-style-type: none">• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления• Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с травмой. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при травматических повреждениях <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">• Владеть методами диагностики и лечения травматических повреждений и их осложнений• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения травматических повреждений.• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные	
--	--	--	--	--

			<p>исследования</p> <p>➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при травматических повреждениях</p> <p>Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <p>Основы функциональных и органических нарушений при повреждениях и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <p>Собрать полный медицинский анамнез пациента</p> <p>Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)</p> <p>Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.)</p> <p>Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента</p> <p>Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам</p> <p>Владеть методами диагностики и лечения повреждений и их осложнений</p> <p>Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)</p> <p>Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p>	
--	--	--	--	--

			<p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <p>Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей</p> <p>Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента</p> <p>Изучение анамнеза пациента</p> <p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p> <p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Проведение диспансеризации</p>	
Б1.В.ОД.3.6	УК 1, 2; ПК 1,2, 4, 8-11	Абдоминальная хирургия	<p>Пороки развития и приобретенные заболевания органов брюшной полости встречаются в детском возрасте часто, что обусловлено нарушением эмбриогенеза, присоединением патогенной инфекции. Наиболее часто встречаются врожденные или приобретенные заболевания кишечника, приводящие к острой кишечной непроходимости у новорожденных и детей раннего возраста. Это обусловлено сложностью формирования кишечной трубки, кишечной стенки, нарушением вращения кишечника в процессе эмбриогенеза, сдавлением кишечника извне кистами, опухолями, аберрантными сосудами, заворотом кишки и др. В настоящее время большинство пороков развития органов брюшной полости, передней брюшной стенки (эмбриональная грыжа пупочного канатика, гастрошизис, свищи области пупка и др.) диагностируется пренатально при помощи УЗИ и в постнатальном периоде с применением рентгенологических способов диагностики. Результаты лечения врожденных пороков развития и дальнейшее качество жизни детей во многом зависит от правильного выбора лечебно-диагностической тактики акушерами и хирургами, оптимальной организации реабилитационного процесса после хирургического лечения. Успех хирургического лечения зависит также от сроков своевременной диагностики, подготовки пациента к операции, выбора метода хирургической коррекции, правильного</p>	

			<p>послеоперационного ведения пациентов и реабилитации. Значительное место в детской хирургии занимают приобретенные воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, некротический энтероколит, приобретенная кишечная непроходимость и др.). Своевременная клиническая диагностика, использование дополнительных методов исследования позволяют в ранние сроки заболевания выявить хирургическую патологию, провести оперативное лечение и получить благоприятные результаты.</p> <p><u>Универсальные компетенции (УК):</u></p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1),➤ Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2). <p><u>Профессиональные компетенции (ПК)</u></p> <p>Профилактическая деятельность:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1) <p><u>Необходимые знания (знать):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Основные вопросы физиологии и патофизиологии при патологии брюшной полости• Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических	
--	--	--	---	--

			<p>процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления</p> <ul style="list-style-type: none">• Общие, функциональные, инструментальные и другие специальные методы обследования больного с пороком развития брюшной полости и приобретенных заболеваний. Принципы, приемы и методы лечения и их осложнений при пороках развития и приобретенных заболеваниях органов брюшной полости. <p><u>Необходимые умения (уметь):</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность• Анализировать медицинский анамнез пациента• Провести опрос пациента, родственников, законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию)• Провести обследование пациента (осмотр, наружное исследование и пр.)• Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи• Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.)• Оценить тяжесть состояния пациента• Владеть методами диагностики и лечения пороков	
--	--	--	---	--

			<p>развития брюшной полости и их осложнений</p> <ul style="list-style-type: none">• Определить необходимость рационального питания и принципы диетотерапии• Знание современных методов профилактики и лечения пороков развития и приобретенных заболеваний брюшной полости• Определить необходимость фитотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению• Определить объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению и профилактике <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Выполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических мероприятий)• Социально-гигиенический мониторинг• Информирование населения, санитарно-просветительская работа• Контроль безопасности: пищевых продуктов, товаров, условий быта• Пропаганда здорового образа жизни• Осмотр (консультация) первичный• Направление на лабораторные исследования• Направление на инструментальные/специальные	
--	--	--	---	--

			<p>исследования</p> <p>➤ Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2)</p> <p><u>Необходимые знания (знать)</u></p> <p>Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при пороках развития и приобретенных заболеваниях брюшной полости Взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции, причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления Основы функциональных и органических нарушений при данных пороках и принципы их коррекции у детей</p> <p><u>Необходимые умения (уметь)</u></p> <p>Собрать полный медицинский анамнез пациента Провести опрос его родственников/законных представителей (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию) Провести обследование пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация и пр.) Получить информацию о заболевании, выявить общие признаки заболевания, оценить тяжесть состояния пациента Направить пациента на консультацию к соответствующим специалистам Владеть методами диагностики и лечения пороков развития брюшной полости и их осложнений Определить необходимость специальных методов (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.) Интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований</p> <p><u>Трудовые действия (владеть)</u></p>	
--	--	--	--	--

			<p>Получение первичной информации от пациента и его родственников/законных представителей</p> <p>Первичный визуальный и физикальный осмотр пациента</p> <p>Изучение анамнеза пациента</p> <p>Установление первых признаков болезни</p> <p>Оценка состояния здоровья пациента, выявление патологий</p> <p>Обоснование и постановка диагноза в соответствии с МКБ</p> <p>Выбрать оптимальный способ хирургической коррекции</p> <p>Формирование эпикриза</p> <p>Проведение диспансеризации</p>	
--	--	--	--	--

5.2 Разделы учебной дисциплины (модуля), виды и формы текущего контроля знаний, виды фонда оценочных средств

№№ раздела п/п	Год обучения	Наименование раздела учебной дисциплины	Формы контроля	Оценочные средства ¹			
				Виды	Количество контрольных вопросов	Количество тестовых заданий	Количество ситуационных задач
1	2	3	4	5	6	7	8
Б1.В.ОД.3.1	2	Краниофациальная хирургия	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10
Б1.В.ОД.3.2	2	Торакальная хирургия	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10
Б1.В.ОД.3.3	2	Урология-андрология	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10
Б1.В.ОД.3.4	2	Гнойно-септические заболевания	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10

Б1.В.ОД.3.5	2	Травматология и ортопедия	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10
Б1.В.ОД.3.6	2	Абдоминальная хирургия	Контроль СРО, контроль освоения раздела, зачет	Опрос с использованием вопросов для устного контроля, тестирование, решение ситуационных задач	10	10	10

1 – виды оценочных средств, которые могут быть использованы при проведении текущего контроля знаний: коллоквиум, контрольная работы, собеседование по вопросам, собеседование по ситуационным задачам, тестирование письменное или компьютерное, типовые расчеты, индивидуальные домашние задания, реферат, эссе, отчеты по практике.

5.3. Тематический план лекционного курса с распределением часов по годам обучения и семестрам

Для данной дисциплины (модуля) по специальности 31.08.14 «Детская онкология» лекционный курс не предусмотрен

5.4. Тематический план практических занятий с распределением часов по годам и семестрам изучения учебной дисциплины детская хирургия:

п/№	Название тем практических занятий базовой части дисциплины по ФГОС и формы контроля	период обучения	
		1 год	2 год
Раздел Б1.В.ОД.3.1	«Краниофациальная хирургия»		4
1.	Пороки развития головы, шеи.		2
2.	Черепно-мозговые и спинномозговые грыжи, хирургические заболевания щитовидной железы		2
Раздел Б1.В.ОД.3.2	«Торакальная хирургия»		8
1.	Врожденная доленая эмфизема, напряженные кисты легких, секвестрация легкого, аномалии развития легких		2
2.	Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диафрагмальные грыжи		2
3.	Деструктивные пневмонии, бронхоэктатическая болезнь. Воронкообразная и килевидная деформация грудной клетки		2
4.	Опухоли и кисты легких и средостения. Врожденные и приобретенные заболевания пищевода		2
Раздел Б1.В.ОД.3.3	«Урология-андрология»		12
1.	Аномалии развития почек и мочеточников, мочевого пузыря и уретры и репродуктивной системы		4
2.	Обструктивные уропатии		4
3.	Патология влагалищного отростка брюшины, синдром отечной мошонки, неспецифические воспалительные заболевания мочевой системы		2
4.	Неотложные состояния в детской урологии. Травма почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры		2
Раздел Б1.В.ОД.3.4	«Гнойные хирургические заболевания»		6
1.	Гнойные заболевания мягких тканей		2
2.	Гематогенный остеомиелит		2
3.	Сепсис у детей		2
Раздел Б1.В.ОД.3.5	«Травматология и ортопедия»		9
1.	Переломы костей у детей. Черепно-мозговая травма		3

2.	Термическая травма		3
3.	Деформации шеи, позвоночника и конечностей, остеохондропатии. Родовые повреждения		3
Раздел Б1.В.ОД.3.6	Раздел « Абдоминальная хирургия»		15
1.	Пороки и заболевания передней брюшной стенки		2
2.	Пилоростеноз, врожденная и приобретенная кишечная непроходимость, аноректальные агенезии		5
3.	Язвенно-некротический энтероколит. Пороки развития и заболевания печени желчевыводящих путей		2
4.	Дивертикул Меккеля. Болезнь Гиршпрунга. Закрытые повреждения органов брюшной полости		2
5.	Острый аппендицит. Перитонит		4

5.5. Название тем семинарских занятий и количество часов по годам и семестрам изучения разделов учебной дисциплины

Для данной дисциплины (модуля) по специальности 31.08.14 «Детская онкология» семинарские занятия не предусмотрены

5.6. Самостоятельная работа обучающегося (СРО) с указанием часов и распределением по годам обучения:

5.6.1. Виды внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся:

№ п/п	Виды СРО	Часы	Контроль выполнения работы
1	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	3	Собеседование
2	Работа с учебной и научной литературой	4	Собеседование
3	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	3	Тестирование
4	Подготовка и написание рефератов	2	Проверка рефератов, защита реферата на семинарском занятии
5	Подготовка и написание докладов, обзоров научной литературы на заданные темы	2	Проверка докладов и обзоров научной литературы
6	Участие в заседаниях научных профессиональных сообществ	1	Обсуждение тематики на семинарских занятиях
7	Участие в научно-исследовательской работе кафедры, научно-практических конференциях	1	Проверка планируемых докладов и публикаций
8	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	2	Тестирование, собеседование

5.6.2. Самостоятельная работа обучающегося СРО) по освоению разделов учебной дисциплины с указанием часов и распределением по годам и семестрам и методическое обеспечение

№ п/п	Количество часов по годам и семестрам обучения (всего 18 часа)				Наименование раздела, темы	Вид СРО	Методическое обеспечение	Формы контроля СРО
	1 семестр	2 семестр	3 семестр	4 семестр				
1			2		<p>Краниофациальная хирургия Незаращение верхней губы и неба. Макростомия, колобома,. Врожденные кисты и свищи шеи. Черепно-мозговые грыжи, спинномозговые грыжи. Краниостеноз Заболевания щитовидной железы</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям.-подготовка к занятиям (изучение темы с использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного материала);</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы) - работа с контролирующе-обучающими программами, видеофильмами; - работа в отделении; - подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний; подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции; - подготовка к текущему и 	<p>Детская хирургия</p> <p>Под редакцией Ю.Ф.Исакова ГЭОТАР-Медиа, 2015 Подкаменев В.В Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p>	Опрос

						промежуточному тестированию		
2			3		<p>Торакальная хирургия</p> <p>Врожденная долевая эмфизема, напряженные кисты легких, секвестрация легкого, аномалии развития легких. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Диафрагмальные грыжи</p> <p>Деструктивные пневмонии, бронхоэктатическая болезнь</p> <p>Воронкообразная и килевидная деформация грудной клетки. Опухоли и кисты легких и средостения</p> <p>Врожденные и приобретенные заболевания пищевода.</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям.-подготовка к занятиям (изучение темы с использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного материала);</p> <p>- работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы)</p> <p>- работа с контролирующе-обучающими программами, видеофильмами;</p> <p>- работа в отделении;</p> <p>- подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний;</p> <p>подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции;</p> <p>- подготовка к текущему и промежуточному тестированию</p>	<p>Детская хирургия</p> <p>Под редакцией Ю.Ф.Исакова</p> <p>ГЭОТАР-Медиа, 2015</p> <p>Подкаменев В.В</p> <p>Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p>	Опрос
3			4		<p>Урология-андрология</p> <p>Аномалии развития почек и мочеточников. Аномалии</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям-подготовка к занятиям (изучение темы с</p>	<p>Детская хирургия</p>	Опрос

				<p>мочевом пузыря, уретры и репродуктивной системы Обструктивные уропатии. Патология влагалищного отростка брюшины, синдром отечной мошонки, неспецифические воспалительные заболевания мочевой системы . Травма почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры. Неотложные состояния в детской урологии. Мочекаменная болезнь-</p>	<p>использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного материала); - работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы) - работа с контролирующе-обучающими программами, видеофильмами; - работа в отделении; - подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний; подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции; - подготовка к текущему и промежуточному тестированию</p>	<p>Под редакцией Ю.Ф.Исакова ГЭОТАР-Медиа, 2015 Подкаменев В.В Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб. пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p>	
4			3	<p>Гнойные хирургические заболевания Гнойные заболевания мягких тканей. Гематогенный остеомиелит Сепсис у детей</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям.-подготовка к занятиям (изучение темы с использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного</p>	<p>Детская хирургия Под редакцией Ю.Ф.Исакова ГЭОТАР-Медиа, 2015 Подкаменев В.В</p>	Опрос

					<p>материала);</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы) - работа с контролирующе-обучающими программами, видеофильмами; - работа в отделении; - подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний; <p>подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции;</p> <ul style="list-style-type: none"> - подготовка к текущему и промежуточному тестированию 	<p>Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p>	
5		3	<p>Травматология</p> <p>Переломы костей у детей</p> <p>Черепно-мозговая травма.</p> <p>Родовые повреждения.</p> <p>Термическая травма</p> <p>Ортопедия</p> <p>Деформации шеи, позвоночника и конечностей.</p> <p>Остеохондропатии</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям.-подготовка к занятиям (изучение темы с использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного материала);</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы) - работа с контролирующе-обучающими программами, 	<p>Детская хирургия</p> <p>Под редакцией Ю.Ф.Исакова ГЭОТАР-Медиа, 2015</p> <p>Подкаменев В.В Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. -</p>	Опрос	

					<p>видеофильмами;</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа в отделении; - подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний; подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции; - подготовка к текущему и промежуточному тестированию 	<p>2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p> <p>Подкаменев В.В Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.</p>	
6			3	<p>Абдоминальная хирургия Пороки и заболевания передней брюшной стенки. Пилоростеноз,врожденная кишечная непроходимость, аноректальные агенезии Язвенно-некротический энтероколит.Пороки развития и заболевания печени желчевыводящих путей. Дивертикул Меккеля. Болезнь Гиршпрунга. Закрытые повреждения органов брюшной полости Острый аппендицит.</p>	<p>Подготовка к аудиторным занятиям.-подготовка к занятиям (изучение темы с использованием национальных руководств, дополнительной литературы, методических материалов, изданных на кафедре, лекционного материала);</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа в симуляционном центре (муляжи, фантомы) - работа с контролирующе-обучающими программами, видеофильмами; - работа в отделении; 	<p>Детская хирургия</p> <p>Под редакцией Ю.Ф.Исакова ГЭОТАР-Медиа, 2015 Подкаменев В.В Хирургические болезни у детей [Электронный ресурс] : учеб.пособие /. - 2-е изд., перераб и доп. - М. :</p>	Опрос

					<p>Перитонит. Приобретенная кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника</p>	<p>- подготовка к текущему и промежуточному контролю знаний; подготовка выступления (доклад+мультимедийная презентация) для выступления на утренней врачебной конференции; - подготовка к текущему и промежуточному тестированию</p>	<p>ГЭОТАР- Медиа, 2015.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

НАПИСАНИЕ КУРСОВЫХ РАБОТ НЕ ПРЕДУСМОТРЕНО

6. Учебно-методическое обеспечение для самостоятельной работы обучающихся по учебной дисциплине «Детская хирургия»

Представлено в Приложении «Методические указания по организации самостоятельной работы ординаторов»

7. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов:

Представлены в соответствующих приложениях.

Пример типовых ситуационных задач:

Задача 1. Мальчик, 10 лет, болен 3-и сутки. Жалобы на повышение температуры до 39, озноб, вялость, боли в области нижней трети голени и левого голеностопного сустава, которые появились после травмы на уроке физкультуры. Объективно: вялый, адинамичный, заторможен, температура 39,8, тахикардия, одышка. Нижняя треть голени и левый голеностопный сустав умеренно отечны, кожные покровы не изменены. Движения, осевая нагрузка в левом голеностопном суставе болезненны. При пальпации вся нижняя треть голени болезненна, симптом флюктуации отсутствует, но имеется участок наибольшей болезненности по наружной поверхности на 5 см выше лодыжки. В общем анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево. В анализе мочи патологии нет. На рентгенограмме левой голени в день поступления патологии не обнаружено. Ваш диагноз? Лечебно-диагностическая тактика? Этиопатогенез, клиника, лечебная тактика данного заболевания?

Задача № 67

Задача 2. Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе. Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами, в левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 95/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено. Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика? Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей?

Задача № 68

Задача 3. Мальчик, 3,5 лет, поступил с жалобами на боли в животе, слабость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 39. Болен двое суток. За 2-3 дня до заболевания отмечались насморк, кашель. Объективно: заторможен, адинамичен, вял. Температура 39,4. Кожа и слизистые бледные. Дыхание 40-42 в минуту, «игра крыльев носа». При аускультации дыхание жесткое с обеих сторон, несколько ослаблено в нижних отделах, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс 120 в минуту. Живот поддут, ограничено участвует в акте дыхания, при пальпации

болезненный во всех отделах, больше у пупка. Симптомы раздражения сомнительны. Глубокая пальпация невозможна из-за беспокойства ребенка. Стула за последние сутки не было. Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика?

Ответы на задачи:

Задача 1. Диагноз: острый гематогенный остеомиелит дистального метафиза левой берцовой кости.

Тактика: госпитализация, предоперационная подготовка 2-3 часа, операция - остеоперфорация, вскрытие и дренирование периостальной флегмоны, иммобилизация конечности, консервативная комплексная терапия, рентген-контроль через 10-14 дней.

Задача 2. Диагноз: закрытая травма живота, повреждение полого органа или поджелудочной железы, перитонит.

Тактика: госпитализация, катетеризация центральной вены и предоперационная подготовка, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, операция - срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение причин перитонита (ушивание полого органа, брыжейки, поджелудочной железы), промывание и дренирование брюшной полости.

Задача 3. Диагноз: острая деструктивная пневмония? Острый аппендицит?

Тактика: госпитализация, рентгенография грудной клетки. При подтверждении диагноза деструктивной пневмонии: консервативное комплексное лечение, пунктирование или дренирование плевральной полости по мере необходимости, осмотр под наркозом, с пальцевым исследованием прямой кишки. При подозрении на острый аппендицит - аппендэктомия.

Примеры тестов:

1. Вес при пилоростенозе характеризуется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	возрастным дефицитом	+
Б	малой прибавкой	
В	прогрессирующим (с первого дня жизни) падением	
Г	неравномерной прибавкой	
Д	стабилизацией	

2. К достоверным рентгенологическим признакам пилоростеноза относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	суженный пилорический канал (синдром "клювика")	+
Б	задержка контраста в желудке	

В	выявление в поздние сроки контрастного вещества в кардиальном отделе пищевода	
Г	поступление контрастного вещества мелкими порциями по кишечнику	
Д	повышенный рельеф слизистой желудка и привратника	

3. Оптимальным методом обезболивания при пилоромииотомии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа
А	общая анестезия ингаляционными анестетиками (масочный наркоз)	+
Б	местная анестезия новокаином	
В	общая анестезия ингаляционными анестетиками (интубационный наркоз)	
Г	внутривенная анестезия барбитуратами	
Д	раушнаркоз	

Примеры вопросов:

1. Назовите способы диагностики и методы лечения черепно-мозговой травмы.
2. Выберите оптимальный способ лечения флегмоны новорожденного.
3. Назовите клинические симптомы и методы диагностики инвагинация кишечника у детей.

8. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины

8.1. Основная и дополнительная литература

№ п/п	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
<i>Основная литература</i>		
1.	«Детская хирургия» под ред. Ю.Ф. Исакова, ГЭОТАР – Медиа, 2015 г.	200
2.	«Урология» под ред. Г.М. Савельевой, Ю.Г. Аляев, П.В, Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015	6
3.	«Национальное руководство по урологии» /Под ред. Н.А. Лопаткина. ГЭОТАР-Медиа, 2011.	6
4.	Неотложные состояния у детей. Ю.В. Вельтищев, В.Е. Шаробаров, М.: Бином, 2013.	6
<i>Дополнительная литература</i>		
1.	«Основные практические навыки в детской хирургии» Под редакцией Горемыкина И.В., Учебное пособие, 2013г.	149
2.	«Амбулаторная хирургия детского возраста» В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров, Учебное	10

	пособие, ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 144 с.	
3.	«Атлас детской оперативной хирургии» под ред. П. Пури, М. Гольварта; пер. с англ.; под общ. ред. Проф. Т.К. Немиловой - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 648 с ил.	1
4.	Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: атлас / под ред. А.Ф. Дронова. – М., ГЭОТАР-МЕД, 2011.- 260 стр.	10
5.	Детская оперативная хирургия: Практическое руководство Под редакцией Тихомирова В.А МИА. – 2011. – 872 с.	10
6.	Атлас по детской урологии. Учебное пособие. Куликова Т.Н., Глыбочко П.В, Морозов Д.А., Приезжева В.Н., Дерюгина Л.А., Долгов Б.В. – М ГЭОТАР-МЕД, - 2011.	5

8.2. Электронные источники основной и дополнительной литературы

№ п/п	Издания
Основные источники	
ЭБС "Консультант врача. Электронная медицинская библиотека"	
1.	«Детская хирургия» национальное руководство. под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с ил.
2.	«Урология» под ред. Г.М. Савельевой. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкарь М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015
3.	«Национальное руководство по урологии» /Под ред. Н.А. Лопаткина. ГЭОТАР-Медиа, 2011.
4.	«Неотложные состояния у детей» Ю.В. Вельтицев, В.Е. Шаробаров, М.: Бином, 2013.
5.	«Детская оперативная хирургия: Руководство» / Под ред. В.Д. Тихомировой. - 2001.
6.	Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. «Детская хирургия» / Пер. и русское изд. Т.К. Немилова - Л., 1996. - В 3 т.
Дополнительные источники	
1.	«Эндоскопическая хирургия у детей» Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котлобовский В.И. / Под ред. Ю.Ф. Исакова, М: ГЭОТАРМЕД, 2002. — 440 с: ил. — (Серия «Высокие технологии в медицине»).
2.	«Учебное пособие по детской хирургии» Под редакцией проф. Лосева А.А., 2009.

8.3 Перечень периодических изданий:

1. В мире наук
2. Вестник Академии Медицинских Наук
3. Вестник онкологического научного центра АМН России
4. Вестник РАН
5. Вестник Росздравнадзора
6. Вестник РВМА
7. Вестник РФФИ
8. Вестник Северо-западного Государственного Медицинского Университета им. Мечникова
9. Вестник СПб МАПО

10. Вопросы детской онкологии
11. Грудная хирургия
12. Детская онкология
13. Здравоохранение Российской Федерации
14. Злокачественные опухоли
15. Медицинский академический журнал
16. Онкогематология
17. Онкоурология
18. Онкохирургия
19. Правовые вопросы в здравоохранении
20. Практическая онкология
21. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи
22. Хирургия
23. Journal of clinical oncology
24. American journal of surgery
25. Journal American medical association
26. The oncologist
27. Pathology oncology research

8.4. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» базы данных, информационно-справочные системы:

№ п/п	Сайты
1.	Сайт Саратовского Государственного Медицинского Университета www.sgmu.ru
2.	Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier, www.elsevier.ru
3.	Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Springer, www.springer.com
4.	Научная электронная библиотека: www.elibrary.ru
5.	Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов: www.dissercat.com
6.	Министерство здравоохранения РФ: www.rosminzdrav.ru
7.	Министерство здравоохранения Саратовской области: www.minzdrav.saratov.gov.ru
8.	Научная сеть: www.scipeople.ru
9.	Российская национальная библиотека: www.nlr.ru

8.5. Интернет-сайты

№ п/п	Сайты
1.	Интернет – центр «Медицина», Москва http://www.mosmed.ru
2.	Медицинский сервер Санкт-Петербург http://www.medcom.spb.ru
3.	Русский медицинский сервер http://www.rusmedserv.com
4.	Национальная медицинская библиотека США http://www.nlm.nih.gov/
5.	База Medline http://www.nlm.nih.gov/databases/freemedl.html
6.	Центральная медицинская библиотека http://www.scsml.rssi.ru
7.	«Медицина для Вас» русскоязычная http://www.medlux.msk.su
8.	Обзоры: диагностика, терапия http://www.ohsu.edu/clinweb
9.	Книги, статьи по мед. Образованию http://www.cybermedical.com
10.	Медицинские графики http://www.hon.ch

8.6. Нормативные правовые акты

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1058 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (зарегистрировано в Минюсте России 24.10.2014, регистрационный № 34438)
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2015, регистрационный № 39438)
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11. 2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014, регистрационный № 31136)
7. Приказ Министерства образования и науки РФ от 27.11.2015 № 1383 «Об утверждении Положения о практике обучающихся, осваивающих основные профессиональные образовательные программы высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 18.12.2015, регистрационный № 40168)
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.06.2016 № 435н «Об утверждении типовой формы договора об организации практической подготовки

обучающихся, заключаемого между образовательной или научной организацией и медицинской организацией либо организацией, осуществляющей производство лекарственных средств, организацией, осуществляющей производство и изготовление медицинских изделий, аптечной организацией, судебно-экспертным учреждением или иной организацией» (зарегистрировано в Минюсте России 23.08.2016 № 43353)

9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте РФ 11.04.2016 г., регистрационный № 41754)

10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» (зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010, регистрационный № 18247)

11. Приказ Минобрнауки России от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрировано в Минюсте России 14 октября 2013 . № 30163)

12. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»

13. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-детский хирург».

Согласно части 1 статьи 37 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», медицинская помощь по профилю «Детская онкология» организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов оказания медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации.

Порядки оказания медицинской помощи

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия»	Приказ Минздрава России от 31 октября 2012 г №562н
Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	Приказ Минздрава России от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ

О санитарно-эпидемиологическом благополучия населения	Приказ Минздрава России от 30.03.99 № 52-ФЗ
Порядок назначения и выписывания лекарственных препаратов	Приказ Минздрава России от 20 декабря 2012 г. № 1175н
Об утверждении критериев качества медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 10 мая 2017 г. №203н
Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям при уроандрологических заболеваниях	Приказ Минздрава России от 22 июля 1993 г. № 5487-1
Положение об организации деятельности детского уроандрологического кабинета	Приказ Минздрава России от 23 апреля 2009 г. № 210н

Порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Порядок проведения обязательных предварительных (при поступлении на работу) и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда	Приказ Минздравсоцразвития России от 12.04.2011 N 302н

Иные порядки, утвержденные в соответствии с Законом N 323-ФЗ

Наименование порядка	Нормативный правовой акт, утвердивший порядок
Правила оказания медицинской помощи иностранным гражданам на территории Российской Федерации	Постановление Правительства РФ от 06.03.2013 N 186
Порядок организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий	Приказ Минздрава России от 30.11.2017 N 965н
Порядок организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением специализированной информационной системы	Приказ Минздрава России от 29.12.2014 N 930н
Положение об организации оказания первичной медико-санитарной помощи	Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н

Положение об организации оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 02.12.2014 N 796н
Порядок организации санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 279н
Порядок организации медицинской реабилитации	Приказ Минздрава России от 29.12.2012 N 1705н
Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения	Приказ Минздрава России от 05.05.2016 N 281н
Порядок организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса "Готов к труду и обороне"	Приказ Минздрава России от 01.03.2016 N 134н

Экспертиза качества медицинской помощи

Критерии качества	Нормативный правовой акт, утвердивший критерии
Положение о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности.	Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 N 1152
Критерии оценки качества медицинской помощи	Приказ Минздрава России от 10.05.2017 N 203н
Показатели, характеризующие общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями	Приказ Минздрава России от 28.11.2014 N 787н
Порядок организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности	Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1340н
Порядок осуществления экспертизы качества медицинской помощи, за исключением медицинской помощи, оказываемой в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании	Приказ Минздрава России от 16.05.2017 N 226н

Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Период действия	Нормативные правовые акты, установившие Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2021 N 2505
на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов	Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299
2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов	Постановление Правительства РФ от 07.12.2019 N 1610
2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов	Постановление Правительства РФ от 10.12.2018 N 1506

9. Программное обеспечение

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252 – срок действия лицензий – бессрочно.
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45035872, 45954400, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057 – срок действия лицензий – бессрочно.
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	№ лицензии 2B1E-220211-120440-4-24077 с 2022-02-11 по 2023-02-20, количество объектов 3500.
CentOSLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
SlackwareLinux	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
MoodleLMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно
DrupalCMS	Свободное программное обеспечение – срок действия лицензии – бессрочно

10. Методические указания для обучающихся по освоению учебной дисциплины

Представлены в Приложении: «Методические рекомендации по разработке и составлению учебно-методической документации по освоению дисциплины».

11. Материально-техническое обеспечение

Представлено в соответствующем Приложении

12. Кадровое обеспечение

Представлено в соответствующем Приложении

13. Иные учебно-методические материалы

Конспекты лекций

Методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине.

14. Разработчики

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Горемыкин Игорь Владимирович	Д.м.н., профессор	Заведующий каф. хирургии детского возраста, главный внештатный специалист	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
2.	Дерюгина Людмила Александровна	Д.м.н., профессор	Профессор кафедры хирургии детского возраста	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
3.	Куликова Тамара Николаевна	К.м.н. доцент	Доцент кафедры хирургии детского возраста	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
4.	Городков Сергей Юрьевич	К.м.н. доцент	Доцент кафедры хирургии детского возраста	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
6.	Турковский Владимир Борисович	К.м.н. доцент	Доцент кафедры хирургии детского возраста	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

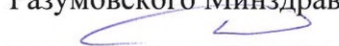


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 » « 08 » 2022_г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.3

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1056
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация
Врач-детский онколог

Форма обучения

ОЧНАЯ


Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года


ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
хирургии детского возраста
профпатологии, гематологии и клинической
фармакологии

Протокол от 13.05.2022 г. № 10

Заведующие кафедрами:

 И.В. Горемыкин

 Т.В. Шелехова

ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п\п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим и семинарским занятиям
3.	Решение ситуационных задач	Комплект типовых ситуационных задач
4.	Проверка реферата	Перечень тем рефератов
5.	Проверка сделанного ординатором заключения данных визуализирующих методик	Комплект рентгенограмм, УЗ-, КТ-, МРТ-снимков, видеозаписей этих видов обследования и др.
6.	Проверка сделанного ординатором заключения по данным лабораторного и лучевого методов исследования	Комплект снимков УЗИ, рентгенограмм, и др.
7.	Проверка сделанного ординатором заключения по установлению диагноза и выбора метода лечения	Данные истории болезни и методов диагностики

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:

- а) от 6 мес. до 1 года;
- б) 1-2 года;
- в) 3-5 лет;
- г) 5-10 лет;
- д) старше 10 лет.

2. Для предупреждения рецидива при операциях по поводу кисты шеи обязательным элементом является:

- а) выделение свища до поверхностной фасции;
- б) ушивание свищевого отверстия после санации;
- в) перевязка наружной яремной вены;
- г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
- д) резекция подъязычной кости.

3. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:

- а) кровотечение;
- б) расхождение швов;

- в) нарушение акта глотания;
- г) рецидив свища;
- д) гиперсаливация.

4. Образование боковых кист и свищей связано:

- а) с хромосомными абберациями;
- б) с нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
- в) с нарушением обратного развития зубно-глоточного протока;
- г) незаращением жаберных дуг;
- д) эктопией эпителия дна полости рта.

5. Для боковых кист характерны:

- а) болезненность при пальпации;
- б) истончение при пальпации;
- в) расположение над яремной веной;
- г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы;
- д) плотная консистенция.

6. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:

- а) рентгенография;
- б) ультразвуковое исследование;
- в) фистулография;
- г) венография;
- д) компьютерная томография;

7. Дифференциальную диагностику боковых кист шеи необходимо проводить со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а) лимфангиомы и липомы;
- б) периостита нижней челюсти;
- в) лимфаденита;
- г) флебэктазии яремной вены;
- д) эктопии щитовидной железы и дермоидной кисты.

8. С целью предоперационной подготовки при боковых кистах шеи необходимо провести все следующие обследования, кроме:

- а) общего анализа крови;
- б) общего анализа мочи;
- в) группы крови, резус-фактора;
- г) фистулографии;
- д) ангиографии.

9. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:

- а) до 1 года;
- б) до 3 лет;
- в) 3-5 лет;
- г) 5-7 лет;
- д) старше 10 лет.

10. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:

- а) резекция подъязычной кости;
- б) перевязка сосудисто-нервного пучка;
- в) ушивание жаберной щели;
- г) выделение свища до боковой стенки глотки;
- д) иссечение свища и ушивание отверстия на коже.

11. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу боковых свищей шеи являются:

- а) лимфоррея;
- б) повреждение кивательной мышцы;
- в) кровотечение и повреждение сосудисто-нервного пучка;
- г) повреждение протоков слюнных желез.

12. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи необходимы:

- а) инфузионная терапия;
- б) фиксация головы;
- в) исключение питания через рот;
- г) постельный режим;
- д) физиотерапия.

13. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:

- а) нагноением послеоперационной раны;
- б) расхождение швов;
- в) недостаточным гемостазом;
- г) неполным удалением боковых ответвлений свища;
- д) отказом от резекции подъязычной кости.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. д; 3. г; 4. г; 5. г; 6. в; 7. в; 8. д; 9. в; 10. г; 11. в; 12. д; 13. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Наиболее опасным в отношении формирования пороков нервной системы является:

- а) первый триместр беременности;
- б) второй триместр беременности;
- в) третий триместр беременности.

2. Временными противопоказаниями к операции по поводу передней черепно-мозговой грыжи у детей являются:

- а) острый дакриоцистит;
- б) наличие прогрессирующей гидроцефалии;
- в) воспалительные изменения в ликворе;
- г) все перечисленное.

3. Дифференциально-диагностическим признаком при постановке диагнозов

«Внутриносовая грыжа» или «Полип носа» у детей является:

- а) затруднение носового дыхания;
- б) наличие выбухания в полости носа;
- в) сахар в пунктате;
- г) белок в пунктате.

4. Иссечение грыжевого мешка при затылочной черепно-мозговой грыже у детей противопоказано:

- а) при менингоцеле;

- б) при менингоэнцефалоцеле с наличием затылочной доли в грыжевом мешке;
- в) при наличии в грыжевом мешке мозжечка;
- г) во всех случаях.

5. В каком отделе позвоночника чаще всего встречаются спинномозговые грыжи:

- а) шейном;
- б) грудном;
- в) поясничном;
- г) крестцово-копчиковом;
- д) во всех одинаково часто.

6. Наиболее частой формой спинномозговой грыжи является:

- а) менингоцеле;
- б) миеломенингоцеле;
- в) миелоцистоцеле;
- г) скрытая щель дужек в пояснично-крестцовом отделе;
- д) рахизизис.

7. Из перечисленных клинических симптомов спинномозговой грыжи служит показанием к экстренной операции:

- а) большое опухолевидное образование в поясничной области;
- б) нарушение функции тазовых органов;
- в) парез нижних конечностей;
- г) истечение ликвора из разорванных оболочек;
- д) резкое истончение кожи над грыжей.

8. Временными противопоказаниями к операции по поводу спинномозговой грыжи у детей являются:

- а) менингит;
- б) резкое истончение и напряжение кожных покровов грыжи;
- в) ликворея без явлений менингита;
- г) все перечисленное.

9. При спинномозговой грыже этапом операции не является:

- а) выделение грыжевого мешка;

- б) удаление содержимого грыжевого мешка;
- в) вскрытие, вправление корешков;
- г) ушивание грыжевого мешка;
- д) мышечно-фасциальная пластика.

10. В эволюции спорадического зоба могут появиться следующие осложнения:

- а) компрессия окружающих анатомических структур;
- б) интерстициальные кровотечения;
- в) острый тиреоидит;
- г) гипертиреозидизация;
- д) малигнизация процесса;
- е) все перечисленное.

11. Сцинтиграфия токсической аденомы показывает:

- а) диффузное гомогенное накопление изотопа;
- б) диффузное негетогенное накопление изотопа;
- в) накопление в виде «шахматной доски»;
- г) «горячий» узел;
- д) «холодный» узел.

12. Спустя 24 часа после субтотальной тиреоидэктомии по поводу тиреотоксикоза появились возбуждение, предделириозное состояние, тахикардия - 180 уд. в минуту, аритмия, гипертермия. О какой патологии Вы думаете?

- а) паралич возвратных нервов;
- б) гипертиреоз;
- в) гипопаратиреоз;
- г) тиреотоксический криз;
- д) газовая эмболия.

13. К осложнениям тиреоидэктомии относят всё, кроме:

- а) пареза возвратного нерва;
- б) микседемы;
- в) тетанического криза;
- г) тиреотоксического криза;
- д) экзофтальмического синдрома.

14. Какие из следующих симптомов свидетельствуют о сдавлении шейного симпатического ствола гипертрофированной щитовидной железой?

- а) цианоз лица, набухание яремных вен;
- б) нарушение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- в) афония, охриплость голоса;
- г) миоз, энофтальм, птоз века, брадикардия;
- д) мозговые нарушения, обморок.

15. Какие утверждения, касающиеся доброкачественных опухолей щитовидной железы, являются правильными?

- а) представляются в виде аденом, асимптоматичны, медленно развиваются, в 70% случаев выявляются в виде «холодного» узла на сцинтиграфии;
- б) возникают остро, быстро развиваются;
- в) рано и часто метастазируют;
- г) в 70% случаев выявляются в виде «горячего» узла на сцинтиграфии.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. г; 3. в; 4. в; 5. в; 6. г; 7. г; 8. а; 9. б; 10. е; 11. г; 12. г; 13. д; 14. г; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Характерные симптомы внутригрудного напряжения у новорожденных:

- а) смещение средостения в сторону поражения;
- б) расширение межреберных промежутков на стороне поражения;
- в) патология перкуторного звука на стороне поражения;
- г) двустороннее поражение грудной клетки;
- д) патология аускультативного звука на стороне поражения.

2. Рентгенологические симптомы внутригрудного напряжения:

- а) смещение средостения в сторону, противоположную патологии;
- б) медиастинальная грыжа;
- в) низкое стояние купола диафрагмы;

- г) сужение межреберных промежутков на стороне поражения;
- д) симметричное поражение легких.

3. Внутригрудным напряжением проявляются:

- а) респираторный дистресс-синдром;
- б) врожденная долевая эмфизема;
- в) ложная диафрагмальная грыжа;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) релаксация купола диафрагмы;
- е) ателектаз легкого;
- ж) гидроторакс.

4. Смещением средостения без напряжения проявляются:

- а) респираторный дистресс-синдром;
- б) врожденная долевая эмфизема;
- в) агенезия легкого;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) релаксация купола диафрагмы;
- е) ателектаз легкого;
- ж) гидроторакс.

5. Ребенку с напряженным пневмотораксом необходимо провести:

- а) оперативное вмешательство;
- б) плевральную пункцию;
- в) бронхоскопию;
- д) наблюдение.

6. Для заболеваний, проявляющихся синдромом внутригрудного напряжения характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

7. Для заболеваний, проявляющихся смещением средостения без напряжения характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

8. Для заболеваний, проявляющихся двусторонним поражением легких характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

9. Основной причиной врожденной доленой эмфиземы является:

- а) аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха;
- б) аспирация мекония;
- в) аномальное отхождение легочных сосудов;
- г) опухоли средостения.

10. Релаксация купола диафрагмы у новорожденных возникает при:

- а) пункции плевральной полости;
- б) пункции подключичной вены;
- в) дренировании плевральной полости;
- г) при осложненных родах;
- д) медиастените.

Ответы на тестовые задания:

1. б, в, д; 2. а, б, в; 3. б, в, г, д, ж; 4. в, е; 5. б; 6. а, г; 7. а, в; 8. б, д; 9. а; 10. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №4 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Мальчик 12 лет жалуется на изжогу и боли при глотании. Какое из приведённых исследований является наиболее информативным:

- а) колоноскопия;
- б) рН-метрия;

- в) ультразвуковое исследование;
- г) рентгеноскопия желудка;
- д) эзофагогастродуоденоскопия.

2. С чем связано развитие анемического синдрома при ГЭР:

- а) нарушением всасывания железа;
- б) снижением содержания соляной кислоты;
- в) снижением фактора Кастла;
- г) наличием антител к клеткам желудка;
- д) развитием эрозий пищевода.

3. Какую клиническую характеристику имеет болевой синдром при гастроэзофагеальном рефлюксе:

- а) уменьшается после рвоты;
- б) усиливается во время сна;
- в) усиливается при дефекации;
- г) сопровождается горечью во рту;
- д) усиливается после рвоты.

4. Пищевод Баррета – это:

- а) осложнение язвы желудка;
- б) осложнение язвы 12-перстной кишки;
- в) осложнение ГЭР;
- г) осложнение хронического гастрита.

5. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

- а) френоперикардальная;
- б) передние;
- в) задние ложные;
- г) пищеводного отверстия;
- д) истинные.

6. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:

- а) передние грыжи диафрагмы;
- б) истинные левосторонние грыжи;

- в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) задние ложные грыжи.

7. При ущемленной диафрагмальной грыже у новорожденного наиболее целесообразна:

- а) широкая боковая торакотомия;
- б) тораколапаротомия;
- в) лапаротомия срединная;
- г) торакотомия с вертикальным иссечением кожи.

8. Из перечисленных клинических признаков асфиктического ущемления при ложной диафрагмальной грыже служит показанием к экстренной операции:

- а) смещение средостения;
- б) отсутствие стула и рвоты;
- в) асимметрия грудной клетки;
- г) дыхательная недостаточность III ст. без положительной реакции на оксигенотерапию.

9. Все перечисленные клинические симптомы асфиктического ущемления диафрагмальной грыжи у новорожденного имеет место за исключением:

- а) цианоза;
- б) беспокойства;
- в) вздутие живота;
- г) смещения средостения.

10. Новорожденный синееет при беспокойстве в случае:

- а) трахео-пищеводного свища;
- б) двойной дуги аорты;
- в) субдуральной гематомы;
- г) диафрагмальной грыжи.

Ответы на тестовые задания:

1. д; 2. д; 3. б; 4. в; 5. в; 6. г; 7. в; 8. г; 9. в; 10. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №5 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. В процессе эмбриогенеза грудина формируется из:

- а) эктодермальных пластинок;
- б) первичной кишки;
- в) грудинных валиков;
- г) перепончатого остова;
- д) мышечной перегородки (миосепты).

2. Окостенение грудины заканчивается:

- а) в 15-20 лет;
- б) 20-25 лет;
- в) 30-35 лет;
- г) 55-60 лет;
- д) полностью не окостеневает.

3. Назовите виды врожденных деформаций грудной клетки:

- а) воронкообразная;
- б) килевидная;
- в) синдром Поланда;
- г) дефекты грудины;
- д) смешанные дисплазии (при диффузных скелетных расстройствах);
- е) все вышеперечисленное.

4. Оценка тяжести воронкообразной деформации грудной клетки определяется:

- а) методом Велча;
- б) методом Ланда-Браудера;
- в) методом Стоуна;
- г) методом Сельдингера;
- д) все вышеперечисленное.

5. Возможные осложнения оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки:

- а) пневмоторакс;
- б) повреждение легкого;
- в) инфекция, гематома;
- г) гемоперикард;

- д) рецидив;
- е) все вышеперечисленное.

6. При воронкообразной деформации грудной клетки у детей даёт наилучший результат:

- а) торакопластика с наружным вытяжением;
- б) стернохондропластика с внутренней фиксацией костными трансплантатами;
- в) стернохондропластика с внутренней фиксацией металлическими конструкциями;
- г) наружное вытяжение без торакопластики;
- д) торакопластика без фиксирующих устройств.

7. Килевидная деформация грудной клетки:

- а) всегда диагностируется сразу после рождения;
- б) встречается чаще, чем воронкообразная;
- в) чаще проявляется в пубертатном периоде;
- г) всегда сочетается с нарушениями сердечно-легочной системы;
- д) все вышеперечисленное.

8. К дефектам грудины относят:

- а) торакальную эктопию сердца;
- б) шейную эктопию сердца;
- в) торакоабдоминальную эктопию сердца;
- г) расщепление грудины;
- д) все вышеперечисленное.

9. Все перечисленное о деструктивной пневмонии у новорожденных верно, кроме

- а) тенденции деструкции к отягощению;
- б) острое начало, тяжелое течение;
- в) возможного осложнения пиотораксом и пиопневмотораксом;
- г) аэрогенного пути инфицирования.

10. Ребенок 6 мес. находится на лечении по поводу деструктивной пневмонии. В течение последних дней - ухудшение состояния: рвота, вздутие живота, задержка стула. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - равномерно раздутые петли кишечника. Наиболее вероятной причиной изменений со стороны живота является:

- а) спаечная непроходимость кишечника;

- б) инвагинация кишечника;
- в) динамическая непроходимость кишечника;
- г) перитонит;
- д) острый аппендицит.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. в; 3. е; 4. а; 5. е; 6. в; 7. в; 8. д; 9. а; 10. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Из ниже перечисленных веществ не дает ожогов пищевода, требующих специального лечения:

- а) нашатырный спирт;
- б) ацетон;
- в) уксусная эссенция;
- г) канцелярский клей;
- д) марганцево-кислый калий.

2. Ребёнок выпил глоток едкой щёлочи. Промывание желудка ему следует произвести:

- а) щелочным раствором;
- б) подкислённым раствором;
- в) холодной водой;
- г) водой комнатной температуры;
- д) горячей водой.

3. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:

- а) на 1-2-е сутки;
- б) на 3-4-е сутки;
- в) на 5-6-е сутки;
- г) на 10-е сутки;
- д) на 12-е сутки.

4. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отёк и гиперемия слизистой. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

5. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отёчность и фиброзные наложения. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

6. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятии фибрина кровоточит. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

7. У больного при эзофагоскопии после приема уксусной эссенции обнаружен пятнистый эзофагит. Ему следует рекомендовать:

- а) раннее бужирование;
- б) позднее бужирование;
- в) курс лечебных эзофагоскопий;
- г) диетотерапия;
- д) наблюдение.

8. Раннее бужирование пищевода абсолютно показано при ожоге:

- а) первой степени;
- б) второй степени;

- в) третьей степени;
- г) любой степени.

9. При свежем ожоге пищевода следует отдать предпочтение:

- а) «слепому» методу бужирования;
- б) через эзофагоскоп;
- в) за нитку;
- г) ретроградному бужированию;
- д) не бужировать.

10. Медиастиниты у детей чаще всего возникают:

- а) при бактериальных деструкциях легких;
- б) при опухолях средостения;
- в) при кистах средостения;
- г) при перфорации пищевода;
- д) при перикардите.

11. При подозрении на перфорацию пищевода целесообразно применять в качестве контрастного вещества:

- а) барий;
- б) воздух;
- в) масляные контрастные вещества;
- г) сергозин;
- д) водорастворимые контрастные вещества.

12. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:

- а) стоя;
- б) лежа на животе;
- в) лежа на спине;
- г) лежа на левом боку;
- д) лежа на правом боку.

13. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:

- а) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода;

- б) при повреждении пищевода с повреждением плевры;
- в) при непроникающем ранении пищевода;
- г) при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см;
- д) при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.

14. Кормление через рот возможно:

- а) при свежей перфорации инородным телом;
- б) при поверхностных ссадинах пищевода;
- в) при повреждении слизистой до мышечного слоя;
- г) при интрамуральном ложном ходе;
- д) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода.

15. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затёк контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:

- а) курс лечебных эзофагоскопий;
- б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
- в) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
- г) срочную операцию;
- д) гастростомию.

16. Для диагностики атрезии пищевода необходимо:

- а) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;
- б) очистительная клизма для получения мекония;
- в) зондирование желудка;
- г) перкуссия передней брюшной стенки для определения тимпанита;
- д) всё вышеперечисленное.

17. Следует ли выполнить рентгенологическое исследование при подозрении на атрезию пищевода у ребёнка, находящегося в хирургическом отделении районной больницы:

- а) обязательно;
- б) нет;
- в) только при наличии в штате детского хирурга;
- г) обязательно с использованием водорастворимого рентгеноконтрастного вещества;
- д) только при положительной пробе Элефанта.

18. На каком расстоянии от десен зонд встречает препятствие при попытке его проведения в желудок у ребенка с атрезией пищевода:

- а) 3-4 см;
- б) 10-12 см;
- в) 15-16 см;
- г) на любом уровне;
- д) при подозрении на атрезию пищевода данное исследование не информативно.

19. Проба Элефанта – это:

- а) введение через желудочный зонд 1-2 мл. физиологического раствора;
- б) введение двойной длины назогастрального зонда до появления его изо рта;
- в) вдувание через зонд шприцем воздуха;
- г) вдувание через зонд шприцем воздуха с одновременной пальпацией передней брюшной стенки.

20. Предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза должно составлять:

- а) 0,5 см; б) 1,0 см; в) 1,5 см; г) 2,0 см; д) 2,5 см.

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

- а) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ;
- б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
- в) атрезия пищевода без свища;
- г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом;
- д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом.

22. Перед отправкой в специализированный стационар ребенку с атрезией пищевода необходимо выполнить все действия, кроме:

- а) назначить викасол;
- б) ввести антибиотики;
- в) поместить ребенка в транспортировочный кювез;
- г) получить стул;
- д) в верхний сегмент пищевода ввести катетер для аспирации слюны.

23. Характерными для трахеопищеводного свища являются:

- а) кормление сопровождается кашлем;
- б) приступы цианоза;
- в) пенистые выделения изо рта;
- г) кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз;
- д) все перечисленное.

24. При проведении предоперационной подготовки у ребенка с врожденным трахеопищеводным свищом целесообразны все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) парентерального питания;
- б) кормления через зонд, проведенный в желудок;
- в) санационной трахеобронхоскопии;
- г) антибактериальной терапии;
- д) оксигенотерапии.

25. В первые дни после операции по поводу врожденного трахеопищеводного свища нецелесообразно:

- а) санационная ларингоскопия;
- б) антибактериальная терапия;
- в) дробное кормление через рот;
- г) парентеральное питание;
- д) вибрационный массаж, стимуляция кашля.

26. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза незрелости кардиального отдела пищевода даёт:

- а) контрастное обследование пищевода в положении стоя;
- б) жесткая эзофагоскопия;
- в) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
- г) фиброэзофагоскопия;
- д) рН-метрия.

27. Поставить диагноз ахалазия пищевода можно с уверенностью в возрасте ребёнка:

- а) в периоде новорожденности;
- б) от 1 до 3 мес.;
- в) от 3 до 6 мес.;

- г) от 6 мес. до года;
- д) старше года.

28. Для ахалазии пищевода при выполнении обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:

- а) смещение средостения влево;
- б) расширение тени средостения;
- в) смещение средостения вправо;
- г) отсутствие газового пузыря;
- д) высокое стояние левого купола диафрагмы.

29. Ведущим симптомом при ахалазии пищевода является:

- а) дисфагия;
- б) регургитация;
- в) рецидивирующая пневмония;
- г) пищеводная рвота;
- д) рвота желудочным содержимым.

30. При ахалазии пищевода показана:

- а) эзофагогастромиотомия;
- б) гастростомия;
- в) эзофагогастрофундопликация;
- г) эзофагогастромиотомия с эзофагогастрофундопликацией.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. г; 3. б; 4. а; 5. б; 6. в; 7. д; 8. в; 9. а; 10. г; 11. д; 12. в; 13. в; 14. б; 15. г; 16. в; 17. б; 18. б; 19. в; 20. г; 21. г; 22. г; 23. д; 24. а; 25. в; 26. в; 27. д; 28. г; 29. г; 30. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №7 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Гипоспадия относится к:

- а) аномалиям развития мочевой системы;
- б) гендерным нарушениям.

2. Клиническими формами гипоспадии являются:

- а) стволовая;
- б) головчатая;
- в) аноректальная.

3. Гипоспадия характеризуется:

- а) укорочением полового члена;
- б) дистопией меатуса;
- в) искривлением кавернозных тел;
- г) сочетание с крипторхизмом.

4. Риск выявления сочетанных аномалий развития при гипоспадии:

- а) коррелирует с тяжестью гипоспадии;
- б) не коррелирует с тяжестью гипоспадии.

5. Показаниями к проведению оперативной коррекции гипоспадии служат:

- а) витальные показания;
- б) косметический дефект;
- в) меатостеноз;
- г) комбинированные аномалии развития;
- д) крипторхизм.

6. Выбор метода оперативной коррекции определяется:

- а) наличием меатостеноза;
- б) степенью искривления кавернозных тел;
- в) наличием сочетанных аномалий развития;
- г) дефицитом протяженности уретры.

7. Оптимальный возраст для оперативного лечения гипоспадии:

- а) до 3-х лет;
- б) 3-6 лет;
- в) 7-12 лет;
- г) пубертатный период.

8. Какое из следующих утверждений верно:

- а) гипоспадия – это возможное проявление нарушения половой дифференцировки;
- б) гипоспадия – это изолированный порок развития передней или задней уретры

9. Назовите самый распространенный метод диагностики гипоспадии:

- а) цистоуретроскопия;
- б) микционная цистоуретрография;
- в) экскреторная урография;
- г) уретрография;
- д) физикальный осмотр.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. а, б; 3. б; 4. а; 5. б, в; 6. б, г; 7. а; 8. а; 9. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №8 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. С какого визуализирующего метода необходимо начинать обследование пациента с подозрением на урологическую патологию:

- а) экскреторная урография;
- б) УЗИ брюшной полости и почек;
- в) нефросцинтиграфия;
- г) ренография;
- д) компьютерная томография.

2. Выберите наиболее радикальную операцию при гидронефрозе:

- а) интубационная уретеротомия;
- б) уретеролиз;
- в) уретеропиелоанастомоз по Хайнсу-Андерсону-Кучера;
- г) уретеропиелопластика по Фолею;
- д) уретероцистоанастомоз.

3. Определите из перечисленных операций паллиативную:

- а) пластика прилоханочного отдела мочеточника при гидронефрозе;
- б) игнипунктура при поликистозе;

- в) антирефлюксная операция;
- г) резекция оторванного полюса при травме почки;
- д) уретеролитотомия.

4. Определите операцию выбора при гидронефрозе:

- а) операция Фолея;
- б) операция Хайнса-Андерсона;
- в) резекция добавочного сосуда;
- г) уретеролиз;
- д) уретероуретероанастомоз.

5. Двухсторонняя тотальная макрогематурия бывает при:

- а) мочекаменной болезни;
- б) гидронефрозе;
- в) остром гломерулонефрите;
- г) опухоли почки;
- д) травме почки.

6. Синдром почечной колики характерен для:

- а) перемежающегося гидронефроза;
- б) пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- в) гипоплазии почки;
- г) поликистоза;
- д) гипоспадии.

7. Выберите методы определения функциональной способности почек:

- а) цистоскопия;
- б) проба Зимницкого;
- в) проба Нечипоренко;
- г) динамическая нефросцинтиграфия;
- д) восходящая уретеропиелография.

8. Выберите варианты операций, не являющихся оптимальными при абберантном сосуде, вызывающем гидронефроз:

- а) перевязка сосуда;

- б) резекция нижнего полюса;
- в) транспозиция aberrантного сосуда;
- г) антевазальная пиелоуретеростомия;
- д) лоскутная пластика.

9. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в-урография с лазерной нагрузкой) позволяет провести дифференциальный диагноз:

- а) сморщивание или гипоплазия почки;
- б) новообразование или киста почки;
- в) ОРВИ или апостематоз почки;
- г) пиелэктазия или гидронефроз;
- д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.

10. Показанием к временному отведению мочи (пункционной нефростомой) при гидронефрозе служат:

- а) сочетание гидронефроза с мегауретером;
- б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
- в) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
- г) сочетание гидронефроза с МКБ;
- д) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.

11. Выберите диагностические методы исследования для выявления ПМР:

- а) экскреторная урография;
- б) урофлоуметрия;
- в) микционная цистоуретрография;
- г) компьютерная томография;
- д) радиоизотопная цистография.

12. Клиническими симптомами ПМР являются:

- а) олигоурия;
- б) цисталгия;
- в) энурез;
- г) инфекция мочевых путей;
- д) гематурия.

13. Выберите причины вторичного ПМР:

- а) цистит;
- б) гидронефроз;
- в) инфравезикальная обструкция;
- г) кисты почек;
- д) нейрогенный мочевой пузырь.

14. Выберите количество степеней ПМР по международной классификации:

- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5.

15. Укажите причины развития рефлюкс-нефропатии:

- а) хронический гломерулонефрит;
- б) пиелотубулярный рефлюкс при повышении внутрилоханочного давления;
- в) гидронефроз;
- г) удвоение почки;
- д) цистит.

16. В каком возрасте существует наибольший риск развития нефросклероза при ПМР у детей:

- а) первого года жизни;
- б) дошкольного возраста;
- в) младшего школьного возраста;
- г) старшего школьного возраста;
- д) возраст не имеет значения.

17. Консервативное лечение ПМР включает:

- а) антибактериальную терапию;
- б) длительную антибиотикопрофилактику;
- в) гормональную терапию;
- г) терапию НДМП (нейрогенной дисфункции мочевого пузыря);
- д) гемостатическую терапию.

18. Операцию Грегуара выполняют:

- а) трансуретральным доступом;
- б) внутрипузырным доступом;
- в) внепузырным доступом;

- г) комбинированным доступом;
- д) пневмовезикоскопическим доступом.

19. Преимущества эндоскопического лечения ПМР:

- а) высокая эффективность (99%);
- б) малая травматичность;
- в) сокращение сроков стационарного лечения;
- г) возможность пиелопластики;
- д) использование лазеротерапии.

20. Эндоскопическая коррекция ПМР – это:

- а) инстилляций препаратов в мочевой пузырь;
- б) эндоуретротомия;
- в) неоуретероцистанастомоз;
- г) электростимуляция;
- д) трансуретральное периуретеральное подслизистое введение имплантов.

21. Выберите ультразвуковые признаки, характерные для пренатальной диагностики врожденного мегауретера:

- а) мегацистис;
- б) дилатация мочеточника;
- в) олигогидроамнион;
- г) истончение почечной паренхимы;
- д) кистозная дегенерация почки.

22. Основным дифференциально-диагностическим методом определения рефлюксирующего и нерефлюксирующего характера мегауретера является:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) микционная цистоуретрография;
- в) экскреторная урография;
- г) динамическая нефросцинтиграфия;
- д) ретроградная уретрография.

23. Мегауретер, возникший после хирургического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса, является:

- а) первичным;
- б) вторичным;
- в) рефлюксирующим;
- г) пузырнозависимым;
- д) обструктивным.

24. Для оценки функционального состояния почки при врожденном мегауретере используют:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) экскреторную урографию;
- в) динамическую нефросцинтиграфию;
- г) микционную цистоуретрографию;
- д) восходящую уретеропиелографию.

25. Для хирургического лечения обструктивного врожденного мегауретера применяют перечисленные операции, кроме:

- а) операция Грегуара;
- б) операция Коэна;
- в) операция Политано-Лидбеттера;
- г) операция Хендрена;
- д) операция Хайнса-Андерсена-Кучера.

26. Показаниями для экстренного эндоскопического стентирования мочеточника при врожденном обструктивном мегауретере являются:

- а) пионефроз;
- б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс высокой степени;
- в) снижение функции почки;
- г) быстрое нарастание расширения чашечно-лоханочной системы и мочеточника;
- д) учащенные и болезненные мочеиспускания.

27. Показаниями для консервативного лечения нерезлюксирующего мегауретера являются:

- а) отсутствие обострений хронического пиелонефрита;
- б) стабильное состояние коллекторной системы почки и мочеточника;
- в) диаметр дистального отдела мочеточника менее 10 мм;
- г) снижение секреторно-экскреторной функции почки менее 40%;
- д) выраженная извитость мочеточника.

28. В первую неделю послеоперационного периода после уретероцистонеоанастомоза возможны следующие осложнения, кроме:

- а) тампонада мочевого пузыря сгустками крови;
- б) рубцовое сужение неоустья мочеточника;
- в) обострение хронического пиелонефрита;
- г) возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- д) образования конкремента мочевого пузыря.

29. Консервативное лечение пациента с врожденным обструктивным мегауретером в послеоперационном периоде включает:

- а) антибактериальную терапию;
- б) гемостатическую терапию;
- в) обезболивание;
- г) гормональную терапию;
- д) физиотерапию.

30. Диспансерное наблюдение пациента с врожденным обструктивным мегауретером включает:

- а) ультразвуковое исследование почек через 1 мес. после операции, далее 1 раз в 3 мес.;
- б) контроль анализов мочи 1 раз в неделю первый месяц после операции, далее 1-2 раза в месяц;
- в) антибактериальную терапию по показаниям;
- г) фитотерапию;
- д) санаторно-курортное лечение.

31. Определите патогномичные методы исследования в диагностике клапанов задней уретры:

- а) УЗИ почек и мочеточников;
- б) урофлоуметрия;
- в) цистоманометрия;
- г) микционная цистоуретрография;
- д) компьютерная томография.

32. Клапаны задней уретры – это:

- а) складки слизистой мочеиспускательного канала;
- б) урогенитальный синус;
- в) расщепление бульбозного отдела уретры;

- г) пеноскротальный стеноз;
- д) фиброэластоз уретры.

33. Выберите метод диагностики, идентифицирующий клапаны задней уретры:

- а) электромиография промежности;
- б) цистоуретроскопия;
- в) восходящая уретрография;
- г) УЗИ мочевого пузыря;
- д) лапароскопия.

34. Выберите, какие симптомы из предложенных не характерны для КЗУ:

- а) уретроррагия;
- б) цисталгия;
- в) дневное недержание мочи;
- г) затрудненное мочеиспускание;
- д) свободное мочеиспускание.

35. Сколько типов клапанов задней уретры имеется:

- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5.

36. Выберите симптомы, характерные для КЗУ:

- а) редкие мочеиспускания широкой сильной струей;
- б) затрудненные мочеиспускания вялой тонкой струей;
- в) увеличенный пальпируемый мочевого пузыря с остаточной мочой;
- г) отсутствие позыва к мочеиспусканию;
- д) микроцистис.

37. Выберите антенатальные ультразвуковые симптомы, характерные для КЗУ:

- а) микроцистис;
- б) олигогидроамнион;
- в) мегацистис;
- г) увеличенные гиперэхогенные почки;
- д) симптом «замочной скважины».

38. Суправезикальная деривация мочи – это:

- а) уретростомия;
- б) эпицистостомия;
- в) уретерокутанеостомия;
- г) пиелостомия;
- д) уретероцистонеоанастомоз.

39. Устранение клапанной обструкции выполняют путем:

- а) электрокоагуляции;
- б) рассечения;
- в) криодеструкции;
- г) бужирования;
- д) лазеротерапии.

40. Неудержание мочи после устранения клапанной обструкции обусловлено:

- а) дилатацией уретры;
- б) отсутствием сфинктерного аппарата;
- в) гипертрофией детрузора;
- г) детрузорно-сфинктерной диссинергией;
- д) неустраненной клапанной обструкцией.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. в; 3. б; 4. б; 5. в; 6. а; 7. г; 8 а, б, в, д; 9. г; 10. в; 11. в, д; 12. г; 13. а, в, д; 14. д; 15. б; 16. а; 17. а, б, г; 18 в; 19. б, в; 20. д; 21. б; 22. б; 23. б; 24. б, в; 25. а, г, д; 26. а, г; 27. а, б, в; 28 б, д; 29. а, б, в, д; 30. а, б, в, г; 31. б, г; 32. а; 33. б; 34. а, б, д; 35. в; 36. б, в; 37. б, в, д; 38 в, г; 39. а, б; 40. г, д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №9 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- а) у девочек;
- б) у мальчиков;
- в) у больных старше 2-х лет;
- г) при часто ущемляющейся паховой грыже, независимо от возраста;
- д) у больных старше 5 лет.

2. В послеоперационный период после грыжесечения необходимы:

- а) физиотерапия;
- б) массаж;
- в) щадящий режим 2 недели;
- г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
- д) постельный режим на 1 неделю.

3. Осложнения после грыжесечения обусловлены:

- а) техническими погрешностями;
- б) возрастом ребенка;
- в) степенью диспластических изменений;
- г) сопутствующими пороками;
- д) операцией по экстренным показаниям.

4. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости:

- а) от возраста ребенка;
- б) от сопутствующих пороков;
- в) от опыта хирурга;
- г) от операции в плановом или экстренном порядке;
- д) от пола ребенка.

5. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена:

- а) повышением внутрибрюшным давлением;
- б) диспропорцией кровеносной и лимфатической системы;
- в) травмой пахово-мошоночной области;
- г) незаращением вагинального отростка;
- д) инфекцией мочевыводящих путей.

6. Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка, кроме:

- а) сообщающаяся;
- б) несообщающаяся;
- в) посттравматическая;
- г) физиологическая;
- д) островозникшая.

7. Для островозникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

- а) появление припухлости в одной половине мошонки;
- б) ухудшение общего состояния;
- в) подъем температуры;
- г) резкая болезненность;
- д) гиперемия мошонки.

8. Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка производится со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а) паховой грыжи;
- б) крипторхизма;
- в) перекрута и некроза яичка;
- г) пахового лимфаденита;
- д) варикоцеле.

9. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного 1,5 лет предусматривает:

- а) оперативное лечение в плановом порядке;
- б) наблюдение до 3-4 лет;
- в) наблюдение до 1,5-2 лет и решение вопроса о плановой операции;
- г) пункцию;
- д) экстренную операцию.

10. Показанием к операции Винкельмана является:

- а) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
- б) мутная водяночная жидкость;
- в) изменение оболочек яичка;
- г) облитерированный вагинальный отросток;
- д) все перечисленное.

11. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимы:

- а) физиотерапия;
- б) массаж;
- в) обычный образ жизни;
- г) ограничение физической нагрузки на 1 год;

д) постельный режим.

12. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:

- а) возрастом ребенка;
- б) сопутствующими пороками;
- в) запоздалой операцией;
- г) техническими погрешностями;
- д) патологией верхних мочевыводящих путей.

13. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:

- а) видом оперативного вмешательства;
- б) предшествующей гормональной терапией;
- в) попыткой лечения пункционным способом;
- г) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.

14. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается:

- а) к 28-32 неделям внутриутробной жизни;
- б) к рождению;
- в) к 1-му году;
- г) к 2-3 годам;
- д) сразу после рождения.

15. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:

- а) гормональный дисбаланс;
- б) диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов;
- в) незаращение влагалищного отростка брюшины;
- г) специфический процесс;
- д) патология мочевыделительной системы.

Ответы на тестовые задания:

1. д; 2. в; 3. а; 4. в; 5. б; 6. в; 7. а; 8. в; 9. в; 10. д; 11. в; 12. в; 13. а; 14. в; 15. б.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №10 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ»)

1. При каких закрытых травматических повреждениях мошонки и её органов всегда показано оперативное лечение:

- а) ушиб яичка;
- б) гематома мошонки;
- в) разрыв яичка;
- г) вывих яичка;
- д) ущемление яичка.

2. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости.

Дифференциальную диагностику следует провести:

- а) с ушибом яичка;
- б) с разрывом яичка;
- в) с травматическим перекрутом яичка;
- г) с перекрутом подвесок яичка;
- д) с липонекрозом мошонки.

3. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

- а) реоренография;
- б) цистоуретрография;
- в) цистоскопия;
- г) экскреторная урография;
- д) полипозиционная цистография.

4. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при её травме является:

- а) макрогематурия;
- б) шок;
- в) нарастающая припухлость в поясничной области;
- г) лихорадка, озноб, рвота;

д) боль.

5. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря:

- а) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
- б) пиурия, гематурия, повышение температуры;
- в) тошнота, рвота, острая задержка мочи;
- г) гематурия, олигурия, почечная колика;
- д) боль, тошнота, пиурия.

6. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей являются:

- а) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
- б) пиурия, гематурия;
- в) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогих местах, олигурия;
- г) перелом костей таза, острая задержка мочи;
- д) почечная колика.

7. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:

- а) экскреторная урография;
- б) цистоскопия;
- в) цистография;
- г) катетеризация мочевого пузыря;
- д) хромоцистоскопия.

8. Патогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является:

- а) гематурия;
- б) пиурия;
- в) острая задержка мочи;
- г) дизурия;
- д) альбуминурия.

9. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике разрыва уретры у детей является:

- а) экскреторная урография;
- б) восходящая уретрография;

- в) цистоскопия;
- г) урофлоуметрия;
- д) цистография.

10. При разрыве уретры у детей противопоказана:

- а) инфузионная урография;
- б) восходящая уретрография;
- в) нисходящая цистоуретрография;
- г) катетеризация мочевого пузыря;
- д) урофлоуметрия.

11. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

- а) отмечаемое увеличение при динамическом УЗИ паранефральной гематомы;
- б) нечеткость контура поврежденной почки;
- в) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
- г) эхо-признаки выпота в брюшной полости;
- д) нечеткость рисунка исследуемой почки.

12. Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является:

- а) вторичное сморщивание почки;
- б) вторичное камнеобразование;
- в) девиация мочеточника;
- г) ложный гидронефроз;
- д) некротический папиллит.

Ответы на тестовые задания:

1. в, д; 2. в; 3. г; 4. в; 5. а; 6. в; 7. в; 8. в; 9. б; 10. г; 11. а; 12. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №11 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)

1. Анатомо-физиологические особенности подкожножирового слоя у детей раннего возраста предрасполагают к:

- а) неограниченному распространению воспаления;

- б) ограничению воспалительного процесса;
- в) быстрому стиханию воспаления;
- г) образованию гнойных свищей;
- д) всему перечисленному.

2. Особенности течения гнойной инфекции у детей определяет:

- а) богатство лимфоидной ткани;
- б) генерализованный характер реакции;
- в) повышенная проницаемость естественных барьеров;
- г) относительная незрелость органов и тканей;
- д) все перечисленное.

3. Какова симптоматика гнойно-воспалительных заболеваний у детей:

- а) лихорадка;
- б) отказ от кормления;
- в) беспокойство;
- г) локальные изменения;
- д) все перечисленное.

4. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

- а) стафилококк;
- б) стрептококк;
- в) кишечная палочка;
- г) протей;
- д) все перечисленное одинаково часто.

5. Наиболее характерной особенностью стафилококковой инфекции у детей является:

- а) резистентность к воздействию внешней среды;
- б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- в) широкая распространенность в окружающей среде;
- г) ни одно из перечисленных свойств;
- д) все перечисленное.

6. Экссудация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает в сроки:

- а) сутки;

- б) двое суток;
- в) трое суток;
- г) четверо суток;
- д) неделю.

7. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает в сроки:

- а) первые сутки;
- б) вторые-четвертые сутки;
- в) пятые-шестые сутки;
- г) седьмые-десятые сутки;
- д) невозможно определить.

8. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- а) на вторые-третьи сутки;
- б) на четвертые-шестые сутки;
- в) на седьмые-десятые сутки;
- г) к концу второй недели;
- д) спустя две недели.

9. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции является:

- а) лампасные разрезы;
- б) иссечение пораженных тканей;
- в) нейтрализация действия циркулирующих токсинов;
- г) коррекция нарушений гомеостаза;
- д) все перечисленное.

10. Основным источником госпитальной инфекции является:

- а) больной;
- б) персонал – носитель инфекции;
- в) раковины отделения;
- г) растворы, кремы, мази;
- д) все перечисленное.

11. Хирургическая обработка гнойной раны способствует:

- а) ускорению заживления раны;
- б) снижению интоксикации;
- в) купированию раневой инфекции;
- г) предупреждению генерализации инфекционного процесса;
- д) всему перечисленному.

12. Наиболее целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны у ребенка является:

- а) общая анестезия;
- б) местная инфильтрационная анестезия;
- в) местная проводниковая анестезия;
- г) местная анестезия хлорэтилом;
- д) выбор по индивидуальным показаниям.

13. Наиболее целесообразным методом лечения абсцесса мягких тканей является:

- а) обработка кожи растворами антисептиков;
- б) антибактериальная терапия;
- в) УФ-облучение;
- г) вскрытие, дренирование;
- д) инфузионная терапия.

14. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- а) механическое очищение очага;
- б) антибактериальное действие;
- в) предупреждение распространения воспалительного процесса;
- г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- д) все перечисленное.

15. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:

- а) одинарная трубка для пассивного оттока;
- б) резиновый выпускник;
- в) марлевый тампон;
- г) активное дренирование;
- д) индивидуальный подход.

16. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

- а) 3-4-й день;
- б) 5-6-й день;
- в) 7-10-й день;
- г) 10-12-й день;
- д) индивидуально.

17. Основным достоинством вторичных швов при гнойной ране является:

- а) сокращение сроков заживления раны;
- б) снижение опасности госпитального инфицирования раны;
- в) уменьшение потерь с раневым отделением;
- г) улучшение косметических результатов;
- д) все перечисленное.

18. Необходимыми условиями для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- а) полное очищение раны от некротических тканей;
- б) отсутствие выраженных воспалительных изменений краев раны;
- в) возможность сопоставления раны без натяжения;
- г) активное дренирование после ушивания раны;
- д) весь комплекс перечисленных условий.

19. Назовите «входные ворота» инфекции, наиболее типичные для флегмоны новорожденного:

- а) желудочно-кишечный тракт;
- б) кожа;
- в) пупочная ранка;
- г) зев.

20. Выберите местные признаки, НЕ характерные для флегмоны новорожденного:

- а) флюктуация;
- б) инфильтрация кожи;
- в) четкая граница гиперемии кожи;
- г) выпот в смежных суставах;
- д) выделение гноя из точечных свищей;
- е) гиперемия с синюшным оттенком.

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

- а) паронихий;
- б) кожный панариций;
- в) флегмона;
- г) абсцесс;
- д) подкожный панариций.

22. У ребенка в области концевой фаланги указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- а) паронихию;
- б) кожному панарицию;
- в) подкожному панарицию;
- г) подногтевому панарицию;
- д) флегмоне.

23. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли, под ногтем – скопление гноя. Температура тела повышена. Наиболее вероятный диагноз:

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

24. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3 дней. Местно: отек тканей, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации.

Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- а) паронихию;
- б) кожному панарицию;
- в) подкожному панарицию;
- г) подногтевому панарицию;
- д) костному панарицию.

25. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина позволяет поставить диагноз:

- а) кожного панариция;
- б) подкожного панариция;
- в) подногтевого панариция;
- г) костного панариция;
- д) сухожильного панариция.

26. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- а) на 1-2-й день болезни;
- б) на 4-6-й день болезни;
- в) на 7-9-й день болезни;
- г) на 10-12-й день болезни;
- д) на 13-15-й день болезни.

27. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти. Выраженный отек, особенно тыла кисти. Пальпация и движения резко болезненны. Гипертермия. Наиболее вероятный диагноз:

- а) флегмона кисти;
- б) подкожный панариций;
- в) костный панариций;
- г) сухожильный панариций;
- д) кожный панариций.

28. У ребенка фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- а) госпитализацию;
- б) антибиотикотерапию;
- в) физиотерапию;
- г) мазовые повязки;
- д) радикальное оперативное вмешательство.

29. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период отмечено появление множественных кожных абсцессов, куполообразной формы, без гнояных стержней. Наиболее вероятный диагноз:

- а) фурункулез;
- б) псевдофурункулез;
- в) абсцессы подкожной клетчатки;
- г) флегмона;
- д) рожистое воспаление.

30. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Указанная клиническая картина характерна для:

- а) фурункулеза;
- б) карбункула;
- в) флегмоны;
- г) абсцесса;
- д) рожистого воспаления.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. д; 3. д; 4. а; 5. д; 6. а; 7. б; 8. б; 9. д; 10. д; 11. д; 12. а; 13. г; 14. а; 15. г; 16. б; 17. д; 18. д; 19. б, в; 20. г; 21. а; 22. б; 23. в; 24. в; 25. г; 26. г; 27. а; 28. д; 29. б; 30. в. 12. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №12 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)

1. Какой отдел кости чаще поражается при гематогенном остеомиелите у старших детей:

- а) эпифизы;
- б) надкостница;
- в) ростковый хрящ;
- г) метафизы;
- д) диафиз.

2. Для острого гематогенного остеомиелита у старших детей характерны ранние симптомы:

- а) острое начало;
- б) постепенное начало;
- в) стойкая гипертермия выше 38° С;
- г) нарушение функции;
- д) резкая локальная боль;
- е) вынужденное положение конечности;

- ж) боль при перкуссии;
- з) припухлость и боль в области сустава.

3. Рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита:

- а) линейная периостальная реакция;
- б) нечеткость структуры костных балок;
- в) наличие очагов деструкции в метафизе;
- г) расширение суставной щели;
- д) игольчатый периостит;
- е) периостальный «козырек»;
- ж) симптом «луковичной кожуры».

4. Первые рентгенологические изменения при метафизарном гематогенном остеомиелите у ребенка старшего возраста появляются:

- а) в течение первой недели болезни;
- б) в начале 3 недели;
- в) на 3-4 неделе;
- г) через месяц;
- д) в течение второго месяца болезни.

5. Местное лечение острого гематогенного остеомиелита у старших детей заключается:

- а) во вскрытии остеомиелитической флегмоны без вмешательства на кости;
- б) в остеоперфорации и дренировании флегмоны;
- в) в проточном промывании костно-мозгового канала;
- г) в иммобилизации конечности;
- д) в максимально щадящем консервативном лечении: иммобилизация, тепло, мажевые повязки.

6. Выберите симптомы, характерные для острого остеомиелита:

- а) постепенное начало;
- б) высокая температура тела;
- в) нарастающая интоксикация, адинамия;
- г) летучие боли в суставах;
- д) изменения со стороны сердца;
- е) резкие боли в конечности, имеющие постоянную локализацию;
- ж) болевая контрактура суставов;

- з) нарастающие признаки местного воспаления;
- и) гиперлейкоцитоз.

7. Выберите типичные симптомы эпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста:

- а) рвота;
- б) беспокойство при пеленании;
- в) «псевдопарез»;
- г) ограничение активных движений в суставе;
- д) расстройство стула;
- е) припухлость сустава;
- ж) инфильтрация тканей по ходу кости.

8. Выберите основные клинические особенности остеомиелита детей раннего возраста:

- а) начало заболевания с подъема температуры до высоких цифр;
- б) многократная рвота токсического характера;
- в) беспокойство при пеленании;
- г) отказ от груди;
- д) относительно частое поражение костей черепа;
- е) множественное поражение костей;
- ж) преобладающее поражение эпифизов.

9. У ребёнка с подозрением на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия включают:

- а) измерение внутрикостного давления;
- б) дополнительную остеоперфорацию;
- в) ушивание раны;
- г) промывание костномозгового канала;
- д) дренирование раны.

10. У ребёнка с подозрением на острый остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия включают:

- а) дополнительную остеоперфорацию;
- б) измерение внутрикостного давления;
- в) промывание костномозгового канала;
- г) дренирование раны;
- д) ушивание раны.

11. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки из стационара. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограммах – конструкция кости с формированием секвестра. Указанный вариант течения заболевания следует расценить:

- а) как обрывной;
- б) как затяжной;
- в) как хронический;
- г) как местный;
- д) как септикопиемический.

12. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность острого периода заболевания составляет:

- а) до 1 мес.;
- б) до 2-3 мес.;
- в) до 4-8 мес.;
- г) до 8-10 мес.;
- д) до 1 года.

13. Ребёнок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на третьи сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое, выражена интоксикация.

Пневмония. Ребенку необходима:

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

14. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показаны:

- а) оперативное вмешательство по Ворончихину;
- б) секвестрэктомия;
- в) наблюдение;
- г) курс физиотерапии;
- д) внутрикостное введение антибиотиков.

15. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при диффузном деструктивном поражении кости без образования секвестров показаны:

- а) множественные чрескожные остеоперфорации;
- б) радикальная санация пораженного участка;
- в) наблюдение;
- г) курс физиотерапии;
- д) установка внутрикостно игл, местное подведение антибиотиков.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а, в, г, д, е, ж; 3. а, б, в; 4. б; 5. б, г; 6 б, в, е, ж, з, и; 7. б, в, г, е; 8. в, д, е, ж; 9. б; 10. б; 11. в; 12. б; 13. б; 14. б; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №13 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Бактериemia – это:

- а) циркуляция возбудителя в спинномозговой жидкости;
- б) циркуляция возбудителя в крови;
- в) проникновение возбудителя через сосудистую стенку;
- г) миграция возбудителя из первичного очага;
- д) ничего из перечисленного.

2. Причиной увеличения числа больных с хирургическим сепсисом является:

- а) изменения сопротивляемости микроорганизма;
- б) резистентность микрофлоры к антибактериальным препаратам;
- в) увеличение хирургической активности;
- г) распространенность внутригоспитальной инфекции;
- д) все перечисленное.

3. Условием успешной диагностики сепсиса новорожденных является наличие факторов возможного инфицирования новорожденного со стороны матери. Из них наиболее важный:

- а) токсикозы беременности;
- б) обострение во время беременности хронической инфекции урогенитальной сферы;
- в) предшествующие аборт и выкидыши;
- г) угроза выкидыша;
- д) острая респираторно-вирусная инфекция во время беременности.

4. Понятие «хирургический сепсис» у детей определяет:

- а) общее тяжелое инфекционное заболевание;
- б) наличие местного очага инфекции;
- в) изменение реактивности организма;
- г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;
- д) все перечисленное.

5. Патогенез хирургического сепсиса определяет:

- а) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
- б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
- в) неспецифическая реактивность организма;
- г) специфическая реактивность организма;
- д) все перечисленное.

6. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- а) в первичном очаге;
- б) во вторичном очаге;
- в) в крови;
- г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
- д) в любом из перечисленных.

7. У новорожденного с нагноившейся кефалогематомой могут развиваться:

- а) длительно незаживающая рана;
- б) сепсис;
- в) контактный остеомиелит;
- г) образование обширных дефектов кожи головы;
- д) все перечисленное.

8. Определяющим принципом терапии сепсиса является:

- а) санация очага;
- б) иммунокоррекция;
- в) подавление возбудителя;
- г) управляемая гипокоагуляция;
- д) все перечисленное в комплексе.

9. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- а) внезапное ухудшение состояния больного;
- б) резкое уменьшение диуреза;
- в) резкое нарушение микроциркуляции;
- г) появление одышки, гипервентиляции, дыхательный алкалоз, гипоксемия;
- д) все перечисленное.

10. Применение кортикостероидов при гнойной инфекции нецелесообразно вследствие:

- а) угнетение иммунитета;
- б) повышения катаболизма;
- в) опасности желудочно-кишечного кровотечения;
- г) опасности генерализации инфекции;
- д) всего перечисленного.

11. Основанием для использования глюкокортикоидов является:

- а) септический шок и токсико-аллергическая реакция;
- б) септикопиемия;
- в) септицемия;
- г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- д) все перечисленное.

12. Показаниями к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса являются:

- а) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционным процессом;
- б) дыхательные расстройства и сердечно-сосудистая недостаточность;
- в) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
- г) тяжелые повреждения паренхиматозных органов;
- д) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. д; 3. б; 4. д; 5. д; 6 в; 7. д; 8. д; 9. д; 10. д; 11. а; 12. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №14 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу являются:

- а) побледнение конечности, резкая болезненность;
- б) побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса;
- в) побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности;
- г) синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс;
- д) характерных клинических проявлений нет.

2. При открытых переломах кости с повреждением сосудов, нервов и сухожилий лечение включает:

- а) выведение больного из шока, временную остановку кровотечения, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны;
- б) временную остановку кровотечения, противошоковую терапию, хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раны;
- в) хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, выведение больного из шока;
- г) хирургическую обработку раны, остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, остеосинтез;
- д) остеосинтез, шов нерва, сосудистый шов, выведение больного из шока, ушивание раны.

3. Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей:

- а) прямой удар в область спины;
- б) падение на отведенную руку;
- в) падение на приведенную руку;
- г) форсированные вращательные движения руки в плечевом суставе;
- д) падение на спину в максимальном сгибании позвоночника.

4. При подозрении на перелом лопатки рентгенографию целесообразно выполнить:

- а) в прямой, косой и боковой проекции;
- б) в прямой и косой;
- в) в косой проекции;

- г) в прямой проекции;
- д) в боковой проекции.

5. Оптимальным методом лечения поднадкостничного перелома лопатки является:

- а) повязка Дезо;
- б) открытая репозиция + повязка Дезо;
- в) закрытая репозиция + повязка Дезо;
- г) пункция гематомы с целью её удаления + фиксирующая повязка;
- д) не требует лечения.

6. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:

- а) в средней трети;
- б) в зоне клювовидного отростка;
- в) на границе средней и медиальной трети ключицы;
- г) на границе средней и латеральной трети ключицы;
- д) у стернального конца ключицы.

7. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:

- а) повязка Дезо;
- б) торакобрахиальная повязка;
- в) шино-гипсовая 8-образная повязка;
- г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко;
- д) фиксация не требуется.

8. Оперативное лечение перелома ключицы не показано:

- а) при оскольчатом переломе с благоприятным расположением отломков;
- б) при оскольчатом переломе с угрозой повреждения мягких тканей;
- в) при оскольчатом переломе с угрозой повреждения подключичной вены;
- г) при оскольчатом переломе с неблагоприятным расположением отломков;
- д) при открытом переломе ключицы.

9. При вколоченном переломе шейки плечевой кости без смещения в плечевом суставе нарушается:

- а) отведение;

- б) приведение;
- в) сгибание;
- г) разгибание;
- д) все виды движения сохранены.

10. Клинически диагностировать перелом плечевой кости у детей в средней трети возможно на основании:

- а) нарушения движения;
- б) нарушения движения и припухлости;
- в) нарушения движения, припухлости и деформации;
- г) нарушения движения, припухлости, деформации и патологической подвижности;
- д) всего вместе взятого и крепитации отломков.

11. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают:

- а) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости;
- б) при метафизарных повреждениях плечевой кости;
- в) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости;
- г) при диафизарных повреждениях плечевой кости;
- д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

12. Из перечисленных нервов страдают чаще других при отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости:

- а) локтевой;
- б) медиальный;
- в) лучевой;
- г) мышечно-кожный.

13. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:

- а) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- б) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- в) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
- г) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
- д) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.

14. Переломо-вывих Монтеджа – это:

- а) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой;
- б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети;
- в) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья;
- г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости;
- д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке.

15. Переломо-вывих Галиацци – это:

- а) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети – на другой;
- б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
- в) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
- г) вывих лучевой кости с переломом в средней трети;
- д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.

16. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

- а) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- в) гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
- г) гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
- д) циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава.

17. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в:

- а) шейном отделе;
- б) верхне-грудном отделе;
- в) средне-грудном отделе;
- г) нижне-грудном отделе;
- д) поясничном отделе.

18. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:

- а) на грудь;
- б) на спину;
- в) на ягодицы;

- г) на ноги;
- д) на голову.

19. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеют место:

- а) локальная болезненность, деформация;
- б) болезненность при осевой нагрузке;
- в) локальная болезненность, затрудненное дыхание;
- г) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
- д) нарушение функций тазовых органов.

20. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является:

- а) на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»: голова – торс – таз – конечности на одном уровне;
- б) на боку, на носилках;
- в) на носилках в положении «лягушки»;
- г) на щите, на животе;
- д) не имеет значения.

21. Критерием, по которому оценивают степень тяжести черепно-мозговой травмы, является:

- а) состояние сознания;
- б) состояние жизненно-важных функций;
- в) состояние чувствительной реакции на боль;
- г) глазные реакции;
- д) все перечисленное.

22. Оптимальный объем диагностического обследования при черепно-мозговой травме включает:

- а) осмотр невропатолога, краниографию, УЗИ и компьютерную томографию;
- б) рентгенографию, УЗИ;
- в) пневмоэнцефалографию, УЗИ, компьютерную томографию;
- г) ангиографию;
- д) электроэнцефалографию.

23. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:

- а) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
- б) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику;
- в) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
- г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой;
- д) гемипарез при ясном сознании.

24. К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится:

- а) коммоционный синдром;
- б) подболоочечное кровоизлияние;
- в) ушиб головного мозга;
- г) родовая черепно-мозговая травма;
- д) внутричерепная гематома.

25. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:

- а) краткая потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
- б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
- в) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности;
- г) общемозговая симптоматика, повышение температуры;
- д) тетраплегия, ясное сознание.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. а; 3. а; 4. а; 5. а; 6 а; 7. а; 8. а; 9. д; 10. д; 11. а; 12. а; 13. г; 14. д; 15. в; 16. г; 17. в; 18. б; 19. в; 20. а; 21. д; 22. а; 23. а; 24. д; 25. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №15 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)

1. Классификация степеней ожога, принятая на 27-м съезде хирургов в 1960 году:

- а) I, II, III, IV степень;
- б) I, II, III, IV, V степень;
- в) I, II, III степень;
- г) I, II, IIIA, IIIB, IV степень.

2. В чём принципиальная разница между ожогами IIIА и IIIБ степеней:

- а) при ожоге IIIА степени возможно восстановление кожного покрова;
- б) при ожоге IIIБ степени сроки эпителизации значительно дольше, чем при IIIА степени;
- в) при ожоге IIIА степени реже развивается шок;
- г) при ожоге IIIБ степени поражается подкожножировая клетчатка.

3. Клиническая разница между ожогами IIIА и IIIБ степеней:

- а) при ожоге III степени нет некроза;
- б) при ожоге IIIБ степени ногтевые пластинки и волосы легко удаляются из зоны ожога;
- в) при ожоге IIIБ степени виден струп чёрного цвета;
- г) при ожоге IIIА степени полностью отсутствует чувствительность.

4. Какой метод определения площади ожогов целесообразнее применять у детей:

- а) метод Постникова;
- б) метод Вилявина;
- в) правило «девяток»;
- г) правило «ладони».

5. Прогноз неблагоприятен при индексе Франка, равном:

- а) 60-90 ЕД;
- б) 30-60 ЕД;
- в) 90-130 ЕД;
- г) свыше 130 ЕД.

6. Причина поражения верхних дыхательных путей при ожоге:

- а) непосредственное воздействие высокой температуры и продуктов горения;
- б) воздействие продуктов горения и нарушение микроциркуляции вследствие шока;
- в) непосредственное воздействие высокой температуры вдыхаемого воздуха;
- г) высокая температура вдыхаемого воздуха, нарушение микроциркуляции на фоне шока, снижение вентиляции легких.

7. Поражение дыхательных путей по индексу Франка равно:

- а) 10 ЕД;
- б) 20 ЕД;

в) 30 ЕД;

г) 40 ЕД.

8. Угроза ожоговой болезни у детей возникает при поражении:

а) до 5%;

б) до 5-10%;

в) до 10-15%;

г) свыше 15%.

9. Периоды ожоговой болезни развиваются в следующей последовательности:

а) шок, ожоговая токсемия, токсикопиемия, реконвалесценция;

б) шок, токсикопиемия, реконвалесценция, ожоговая токсемия;

в) шок, ожоговая токсемия, реконвалесценция, токсикопиемия;

г) ожоговая токсемия, шок, токсикопиемия, реконвалесценция.

10. Характерная особенность ожогового шока:

а) длительная эректильная фаза;

б) очень короткая продолжительность эректильной фазы;

в) продолжительность эректильной фазы, как при травматическом шоке;

г) нет торпидной фазы.

11. Особенность обезболивания у детей при ожоговом шоке:

а) наркотики в возрасте до 2-х лет не применяются;

б) применяется в возрасте до 2-х лет только промедол в возрастной дозировке;

в) возможно применение в возрасте до 5-и лет промедола и марадола;

г) при ожоговом шоке применяются наркотики или вещества для в/в анестезии.

12. Особенности течения ожогов у детей:

а) чаще формируется сухой некроз;

б) струп отторгается медленнее;

в) чаще бывают нагноения;

г) нагноения возникают реже.

13. Основной метод лечения глубоких ожогов:

а) пластика расщепленным лоскутом;

- б) итальянская пластика;
- в) пластика стеблем Филатова;
- г) пересадка кожи по Тиршу.

14. При получении химического ожога следует промыть пораженное место проточной водой в течение:

- а) 1-2 минут;
- б) 5-10 минут;
- в) 15 минут;
- г) 20-30 минут.

15. Кислоты вызывают:

- а) творожистый некроз;
- б) коагуляционный некроз;
- в) рыхлый некроз;
- г) поверхностный некроз.

16. Какие факторы делают организм более устойчивым к электротравме:

- а) тахикардия;
- б) гипоксия;
- в) отсутствие перегревания организма;
- г) низкие цифры калия крови.

17. В какой степени опасны петли тока для организма (указать последовательность от менее к более опасным):

- а) одинаково опасны;
- б) нижняя петля, верхняя петля, полная петля;
- в) верхняя петля, нижняя петля, полная петля;
- г) полная петля, верхняя петля, нижняя петля.

18. При наличии удовлетворительного самочувствия и ясного сознания у пострадавшего после электротравмы необходимо:

- а) снять ЭКГ;
- б) наблюдать в течение часа;
- в) транспортировать с готовностью проводить реанимацию;
- г) наблюдать не менее 2-х часов и снять ЭКГ.

19. Отморожению способствуют:

- а) повышенная влажность воздуха;
- б) тесная одежда или обувь;
- в) гиповитаминоз;
- г) генетическая обусловленная непереносимость холода;
- д) все ответы правильны.

20. Основной причиной отморожения является:

- а) нарушение микроклимата;
- б) ишемия тканей, которую обуславливает замедление кровотока;
- в) недостаток витаминов;
- г) повышенная влажность и ветер.

21. Принято различать следующие периоды отморожений:

- а) реактивный, дореактивный;
- б) скрытый, дореактивный;
- в) скрытый, реактивный;
- г) скрытый, дореактивный, реактивный.

22. Развитию отморожения типа «траншейная стопа» способствует не только холод, но и длительный порывистый ветер, а также повышенная влажность:

- а) да;
- б) нет.

23. Натирание отмороженных участков тела снегом:

- а) целесообразно, т.к. это средство используется в народной медицине;
- б) бесполезно;
- в) вредно, т.к. повреждение кожи грозит инфицированием.

24. В дореактивном периоде при отогревании отмороженной конечности по методу Голомидова нет необходимости:

- а) укутывать конечность в ватное одеяло;
- б) назначать горячее питье;

- в) в/в вводить подогретые растворы, реополиглюкин;
- г) погружать конечность в теплую воду.

25. Для отморожений II степени характерно:

- а) поражение поверхностного слоя кожи и нарушение кровообращения;
- б) некроз поверхностного (вплоть до мальпигиева) слоя кожи;
- в) сухое инфицирование тканей.

26. При отморожениях IV степени окончательные размеры гибели тканей можно установить:

- а) сразу;
- б) через несколько часов;
- в) через 1-2 суток;
- г) через 4-6 суток.

27. Следует ли при отморожениях проводить иммунизацию против столбняка:

- а) не следует;
- б) следует всегда;
- в) не следует при отморожениях I степени.

28. При отморожении III и IV степени некротомию целесообразно проводить на:

- а) 1-2 сутки;
- б) 3-5 сутки;
- в) 8-10 сутки;
- г) 12-17 сутки.

29. При ранней некротомии мёртвые ткани отсекаются до:

- а) костей;
- б) мышц;
- в) появления капиллярного кровотечения;
- г) появления артериального кровотечения.

30. После неоднократных поверхностных отморожений кожа становится синюшной и немного инфильтрированной – это:

- а) «траншейная стопа»;
- б) отморожение I степени;

- в) ознобление;
- г) влажное замораживание.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а; 3. б; 4. г; 5. в; 6. а; 7. в; 8. б; 9. а; 10. а; 11. а; 12. в; 13. а; 14. г; 15. б; 16. в; 17. б; 18. в; 19. д; 20. б; 21. а; 22. а; 23. в; 24. г; 25. б; 26. г; 27. в; 28. б; 29. в; 30. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №16 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)

1. Выберите причину врождённого вывиха бедра:

- а) родовая травма;
- б) недоразвитие элементов тазобедренного сустава;
- в) злоупотребление беременной алкоголем.

2. В каком случае можно заподозрить врождённый вывих бедра:

- а) ребёнок ведёт себя беспокойно;
- б) ребёнок плохо прибавляет в весе;
- в) у ребёнка ограничение отведения бедра.

3. Симптом «щелчка» характерен для:

- а) врождённой кривошеи;
- б) врождённого вывиха бедра;
- в) врождённой косолапости.

4. Симптомами врожденного вывиха бедра являются:

- а) ограничение отведения бедра;
- б) асимметрия складок на бедре;
- в) укорочение конечности;
- г) наружная ротация конечности;
- д) все перечисленные признаки.

5. Какие шины применяют при лечении врождённого вывиха бедра:

- а) Дитерихса;
- б) Волкова;

в) Крамера.

6. Для врожденной косолапости характерны:

- а) эквинус, варус и аддукция;
- б) эквинус, вальгус и абдукция;
- в) тыльное сгибание стопы, эверсия и абдукция.

7. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи:

- а) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- б) травма при родах;
- в) неправильное положение плода;
- г) воспалительная теория;
- д) ишемия сердца.

8. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:

- а) в первые 3-5 дней после рождения;
- б) на 10-14 день после родов;
- в) в месячном возрасте;
- г) в 3-месячном возрасте;
- д) клинические симптомы до 1 года не выражены.

9. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:

- а) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
- б) поворотом головы в здоровую сторону;
- в) поворотом головы в пораженную сторону;
- г) наклоном головы в здоровую сторону;
- д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.

10. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:

- а) с момента выявления;
- б) в 2-недельном возрасте;
- в) 2-5 месяцев;
- г) 0,5-1 год;
- д) после 1 года.

11. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано:

- а) до 5 месяцев;
- б) до 1 года;
- в) до 2 лет;
- г) до 3 лет;
- д) в 3-4 года.

12. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются:

- а) нарастающая асимметрия лица;
- б) нарушение осанки;
- в) нарушение остроты зрения;
- г) стробизм сходящийся и расходящийся;
- д) нарушения осанки и зрения.

13. Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является:

- а) проксимальный эпифиз плечевой кости;
- б) дистальный эпифиз плечевой кости;
- в) проксимальный эпифиз бедренной кости;
- г) дистальный эпифиз бедренной кости;
- д) проксимальный эпифиз большеберцовой кости.

14. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизиолиза дистального конца плечевой кости, является:

- а) деструкция метафиза плечевой кости;
- б) наличие видимого костного отломка;
- в) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья;
- г) видимая костная мозоль;
- д) луковичный периостит.

15. Типичной ошибкой при акушерском пособии, в результате которой происходит перелом ключицы, является:

- а) неправильное выведение заднего плечика;
- б) неправильное выведение переднего плечика;
- в) тракция плода за тазовый конец;
- г) поворот плода за ручку;

д) несвоевременная стимуляция родовой деятельности.

16. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:

- а) гематома в области плечевого сустава;
- б) крепитация отломков;
- в) гемипарез;
- г) реакция на болевое ощущение при пеленании;
- д) нарушение кровообращения.

17. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:

- а) фиксация ручки к туловищу ребенка;
- б) лейкопластырное вытяжение;
- в) гипсовая повязка;
- г) повязка Дезо;
- д) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°).

18. При выборе факторов, связанных с возникновением родовой черепной травмы, в основном является:

- а) механический;
- б) токсикоз, заболевание сердечно-сосудистой системы;
- в) внутриутробная гипоксия плода;
- г) неправильное положение плода;
- д) многофакторный генез, включающий все вышеперечисленные факторы.

19. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:

- а) лечения не требует;
- б) интенсивную инфузионную терапию;
- в) хирургическую коррекцию методом репозиции;
- г) резекционную трепанацию черепа;
- д) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.

20. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

- а) печень, селезенка;
- б) тонкая кишка;
- в) толстая кишка;
- г) мочевого пузыря;
- д) почки.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. в; 3. в; 4. д; 5. б; 6. б; 7. а; 8. б; 9. д; 10. а; 11. д; 12. а; 13. б; 14. в; 15. а; 16. г; 17. д; 18. д; 19. в; 20. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №17 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки»)

1. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

- а) порок развития сосудов пуповины;
- б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
- в) воспаление пупочных сосудов;
- г) портальная гипертензия;
- д) родовая травма.

2. У ребенка 1 года пупочная грыжа, дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- а) экстренное оперативное вмешательство;
- б) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
- в) наблюдение в динамике;
- г) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров;
- д) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

3. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

- а) по установлении диагноза;
- б) до 1 года;
- в) до 2 лет;
- г) после 3 лет;

д) 4-5 лет.

4. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:

- а) постельный режим;
- б) протертый стол;
- в) обычный образ жизни;
- г) физиотерапия;
- д) ношение бандажа.

5. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее часто имеет место:

- а) расхождение швов;
- б) нагноение послеоперационной раны;
- в) рецидив;
- г) запоры;
- д) гладкое течение без осложнений.

6. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- а) повышение внутрибрюшного давления;
- б) слабость мышц передней брюшной стенки;
- в) дисплазия соединительной ткани;
- г) родовая травма;
- д) воспалительные заболевания передней брюшной стенки.

7. Для грыжи белой линии наиболее характерным является:

- а) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- б) приступообразные боли в животе;
- в) тошнота и рвота;
- г) диспепсические явления;
- д) гиперемия и припухлость.

8. Показанием к срочной операции при грыже белой линии является:

- а) установление диагноза;
- б) болевой симптом;
- в) косметический дефект;
- г) сопутствующие диспепсические явления;

д) отставание в физическом развитии.

9. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

- а) до 1 года;
- б) 1-3 года;
- в) после 3 лет;
- г) старше 5 лет;
- д) после 10 лет.

10. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:

- а) ушивание апоневроза узловыми швами;
- б) аутодермопластика кожными лоскутами;
- в) подшивание синтетических материалов;
- г) операция Лойа;
- д) пластика с широкой фасцией бедра.

11. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота возможны следующие осложнения:

- а) рецидив грыжи;
- б) кровотечение;
- в) расхождение швов;
- г) нагноение послеоперационной раны;
- д) деформация брюшной стенки.

12. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является:

- а) боль в паховой области;
- б) тошнота и рвота;
- в) хронические запоры;
- г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
- д) необоснованный подъем температуры.

13. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:

- а) возраст ребенка;
- б) частое ущемление;

- в) установление диагноза;
- г) возраст после 2 лет;
- д) возраст после 5 лет.

14. Оптимальным доступом для операции по поводу бедренных грыж у детей является:

- а) поперечный разрез выше пупартовой связки;
- б) косой разрез;
- в) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
- г) вертикальный разрез.

15. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:

- а) повреждение элементов семенного канатика;
- б) повреждение бедренной вены;
- в) повреждение паховой связки;
- г) повреждение нервного пучка;
- д) повреждение бедренной артерии.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. г; 3. г; 4. в; 5. д; 6. в; 7. а; 8. б; 9. в; 10. а; 11. д; 12. г; 13. в; 14. а; 15. б.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №18 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Образование аноректальных пороков происходит в период эмбриогенеза:

- а) на 4-8 неделе;
- б) на 12-15 неделе;
- в) на 20-22 неделе;
- г) на 25-27 неделе;
- д) на 36 неделе.

2. Классификация атрезий ануса по уровню определяется:

- а) по отношению к поверхности кожи;
- б) по отношению к краю лонного сочленения;
- в) по отношению к костям таза;
- г) по отношению к m. levatorani;

д) по отношению к брюшине.

3. Наиболее часто встречающимся вариантом порока аноректальной области является:

- а) атрезия заднего прохода;
- б) атрезия заднего прохода и прямой кишки;
- в) атрезия прямой кишки;
- г) атрезия прямой кишки свищевая;
- д) клоака.

4. Какие варианты свищевых форм НЕ встречаются у девочек:

- а) ректовестибулярный свищ;
- б) ректовагинальный свищ;
- в) ректовезикальный свищ;
- г) ректопромежностный свищ;
- д) ректоутеральный свищ.

5. Диагноз атрезии прямой кишки может быть поставлен после рождения ребенка в течение:

- а) 6 часов;
- б) 7 дней;
- в) 1 суток;
- г) 10 часов;
- д) 2-3 суток.

6. Сроки отхождения мекония у новорожденных:

- а) в течение 1 суток;
- б) в течение 1 часа;
- в) в течение 3 дней;
- г) в течение 7 дней;
- д) в течение 1 месяца.

7. Каково нормальное количество актов дефекации у новорожденных, находящихся на грудном вскармливании:

- а) 1 раз в сутки;
- б) 5 раз в сутки;
- в) 8-10 раз в сутки;

- г) после каждого кормления;
- д) 3 раза в сутки.

8. У новорожденного с атрезией ануса встречаются синдромы:

- а) каудальной регрессии;
- б) Элерса-Данлоса;
- в) Опица-Смита-Лемли;
- г) VACTER;
- д) Марфана.

9. Для синдрома VACTER HE характерны диагностические признаки:

- а) атрезия пищевода;
- б) атрезия ануса;
- в) порок сердца;
- г) пороки почек;
- д) пороки челюстно-лицевой области.

10. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 24 часа для того, чтобы:

- а) подтвердить диагноз;
- б) обнаружить уровни в кишечнике;
- в) определить объем и сроки предоперационной подготовки;
- г) определить высоту атрезии;
- д) ничего из перечисленного.

11. Девочка в возрасте 1 суток весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректовестибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенок нуждается:

- а) в экстренной операции;
- б) в отсроченной операции в периоде новорожденности;
- в) в операции в 6-8 месяцев;
- г) в операции в возрасте 1 года;
- д) в операции в 4-5 лет.

12. Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:

- а) отхождение мекония через уретру;
- б) отхождение газов через уретру;
- в) выделение газов и мекония при надавливании на живот;
- г) наличие газов в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании;
- д) все перечисленное.

13. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) безсвищевая форма атрезии;
- б) свищ в мочевой пузырь;
- в) свищ уретральный;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

14. Показанием к колостоме у новорожденного с атрезией прямой кишки является:

- а) тяжелое общее состояние;
- б) недостаток опыта хирурга;
- в) недостаток опыта анестезиолога;
- г) клоакальная форма;
- д) все перечисленное.

15. Более информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- а) рентгеноконтрастный;
- б) ректороманоскопия;
- в) колоноскопия;
- г) пальцевое ректальное исследование;
- д) все перечисленное.

16. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- а) 3 часа после рождения;
- б) 6 часов после рождения;

- в) 16 часов после рождения;
- г) 24 часа после рождения;
- д) 32 часа после рождения.

17. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

- а) ректовестибулярный свищ;
- б) ректовагинальный свищ;
- в) ректоуретральный свищ;
- г) ректовезикальный свищ;
- д) ректопромежностный свищ.

18. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах её атрезии у детей является:

- а) рентгенография по Вангенстину;
- б) контрастное исследование кишки через свищ;
- в) исследование свища зондом;
- г) электромиография промежности.

19. Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:

- а) отхождение мекония через уретру;
- б) отхождение газов через уретру;
- в) выделение газов и мекония при надавливании на живот;
- г) наличие газов в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании;
- д) все перечисленное.

20. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) безсвищевая форма атрезии;
- б) свищ в мочевой пузырь;
- в) свищ уретральный;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. г; 3. б; 4. в; 5 в; 6. а; 7. г; 8. г; 9. д; 10. г; 11. в; 12. д; 13. д; 14. д; 15. г; 16. в; 17. а; 18. в; 19. д; 20. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №19 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Наиболее частой причиной перитонита новорожденных является:

- а) острый аппендицит;
- б) деструктивный холецистит и холангит;
- в) ятрогенные перфорации полых органов;
- г) некротический энтероколит;
- д) пороки развития желудочно-кишечного тракта.

2. Этиопатогенетическими причинами некротического энтероколита могут быть:

- а) сепсис;
- б) перинатальная гипоксия;
- в) дисбактериоз;
- г) инфузии через пупочную вену;
- д) централизация кровообращения.

3. Некротический энтероколит может быть:

- а) ранним, поздним;
- б) местным, разлитым;
- в) постгипоксическим, септическим;
- г) тонко-, толстокишечным;
- д) отграниченным, диффузным.

4. Рентгенологическими признаками некротического энтероколита могут быть:

- а) газ в свободной брюшной полости;
- б) неравномерное газонаполнение желудочно-кишечного тракта;
- в) утолщение тяжей кишечных стенок;
- г) уровни жидкости;
- д) пневматоз кишечной стенки.

5. Выберите предпочтительные методы лечения некротического энтероколита:

- а) консервативное;
- б) дренирование брюшной полости;
- в) лапаротомия, ушивание язв;
- г) энтеростомия;
- д) резекция кишечника, анастомоз.

6. Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации кишечника у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом III степени является:

- а) множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок;
- б) повышение газонаполнения кишечной трубки;
- в) симптом «мыльной пены», утолщенные стенки кишечных петель;
- г) жидкость в брюшной полости.

7. У новорожденного в возрасте 16 дней диагностирован язвенно-некротический энтеро-колит III ст. При поступлении – признаки динамической кишечной непроходимости. Ему следует рекомендовать:

- а) обзорную рентгенографию брюшной полости в динамике;
- б) декомпрессию желудка;
- в) прекращение питания через рот;
- г) инфузионную и антибактериальную терапию;
- д) все вышеперечисленное.

8. Наиболее информативным методом диагностики опухолей и кист печени является:

- а) УЗИ;
- б) радиоизотопное исследование;
- в) компьютерная томография;
- г) ангиография;
- д) все вышеперечисленное.

9. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- а) гепатомегалия;
- б) увеличение размеров живота;
- в) спленомегалия;
- г) асцит;
- д) кровавая рвота.

10. При неэффективности консервативной терапии для остановки кровотечения при пор-тальной гипертензии показаны:

- а) сосудистый анастомоз;
- б) операция Таннера;
- в) гастротомия с прошиванием кровоточащих вен;
- г) спленэктомия;
- д) органопексия.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а, б, в, г, д; 3. а, в; 4. а, б, в, г, д; 5. а, б, г; 6. в; 7. д; 8. д; 9. в; 10. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №20 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизменённый Меккелев дивертикул. Ему наиболее целесообразно:

- а) удаление Меккелева дивертикула;
- б) оставление дивертикула;
- в) плановое удаление дивертикула через 2-3 мес.;
- г) на усмотрение хирурга;
- д) установка страхового дренажа для наблюдения.

2. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменённый Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:

- а) удаление дивертикула;
- б) оставление дивертикула;
- в) выведение стомы на уровне дивертикула;
- г) плановое удаление дивертикула через 3 мес.;
- д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

3. При флегмонозно изменённом Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразна:

- а) клиновидная резекция;
- б) резекция под углом 45 гр.;

- в) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
- г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
- д) на усмотрение хирурга.

4. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

- а) врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
- б) гипертония мышечного слоя кишки;
- в) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;
- г) токсическая дилатация толстой кишки;
- д) все перечисленное.

5. Для острой формы болезни Гиршпрунга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) интоксикации;
- б) запавшего живота;
- в) эксикоза;
- г) задержки (отсутствия) стула;
- д) вздутого живота с валами перистальтики.

6. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- а) острую;
- б) подострую;
- в) хроническую;
- г) ректальную;
- д) ректосигмоидальную.

7. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга целесообразно выполнить:

- а) ирригографию;
- б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;
- в) дачу бариевой смеси через рот;
- г) колоноскопию;
- д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

8. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- а) 3 мес.;
- б) 6 мес.;
- в) 9 мес.;
- г) 12 мес.;
- д) 3 года и старше.

9. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

- а) до 6 мес.;
- б) после 1 года;
- в) после 3 лет;
- г) после 6 лет;
- д) после перенесенной кишечной инфекции.

10. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:

- а) операция Дюамеля;
- б) операция Свенсона;
- в) операция Соаве;
- г) колостома;
- д) илеостома.

11. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевое образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе - хронические запоры. Наиболее вероятный предположительный диагноз:

- а) опухоль толстой кишки;
- б) удвоение кишечника;
- в) лимфангиома брюшной полости;
- г) каловый камень;
- д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

12. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- а) бытовой;
- б) уличный;
- в) школьный;
- г) спортивный;

д) прочий.

13. Из видов бытового травматизма преобладают в детском возрасте:

- а) повреждения;
- б) ожоги;
- в) инородные тела;
- г) отравления;
- д) огнестрельные повреждения.

14. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

- а) печень, селезенка;
- б) тонкая кишка;
- в) толстая кишка;
- г) мочевого пузыря;
- д) почки.

15. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на госпитальном этапе:

- а) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, переливание плазмозаменителей, транспортная иммобилизация;
- б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация;
- в) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение наркотиков;
- г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение анальгетиков.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. д; 3. в; 4. а; 5. б; 6. а; 7. б; 8. г; 9. а; 10. г; 11. г; 12. а; 13. д; 14. а; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №21 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. К перитонеальным при остром аппендиците относятся симптомы:

- а) Воскресенского (симптом "рубашки");
- б) Щеткина-Блюмберга;

- в) Раздольского;
- г) все названные симптомы;
- д) ни один из них.

2. Укажите возможные варианты расположения червеобразного отростка:

- а) ретроцекальное;
- б) ретроперитонеальное;
- в) поддиафрагмальное;
- г) тазовое;
- д) в толще брыжейки тонкой кишки;
- е) все перечисленные варианты возможны.

3. Основным симптомом, позволяющим диагностировать тазовое расположение воспаленного аппендикса:

- а) Щеткина-Блюмберга;
- б) Ровзинга;
- в) резкая болезненность при ректальном исследовании;
- г) напряжение мышц в правой подвздошной области;
- д) Кохера.

4. Укажите наиболее точный ориентир для нахождения основания червеобразного отростка:

- а) место слияния продольных лент слепой кишки;
- б) правая подвздошная ямка;
- в) левая подвздошная ямка;
- г) верхушка слепой кишки;
- д) место впадения подвздошной кишки в слепую.

5. Укажите наиболее оптимальный доступ при осложненном аппендиците:

- а) по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову;
- б) по Ленандеру;
- в) по Бергману-Израэлю;
- г) трансректальный;
- д) нижняя срединная лапаротомия.

6. В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет:

- а) устранение источника перитонита;
- б) антибактериальная терапия;
- в) коррекция водно-электролитных нарушений;
- г) санация брюшной полости;
- д) все перечисленное верно.

7. Какие виды оперативных вмешательств наиболее верны при разлитом перитоните у ребенка:

- а) аппендэктомия с дренированием в правой подвздошной области;
- б) аппендэктомия с дренированием обеих подвздошных областей;
- в) срединная лапаротомия с аппендэктомией и дренированием обеих подвздошных областей.

8. У больного 4 лет на 2-й день после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развился парез кишечника, озноб, боли в правой половине живота, увеличилась печень. Появилась желтуха. Симптом Щеткина отрицательный во всех отделах. О развитии какого осложнения следует думать в первую очередь?

- а) перитоните;
- б) поддиафрагмальном абсцессе;
- в) пилефлебите;
- г) межкишечном абсцессе;
- д) подпеченочном абсцессе.

9. Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

- а) гектической температурой;
- б) болей в глубине таза и тенезмов;
- в) ограничения подвижности диафрагмы;
- г) нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- д) болезненности при ректальном исследовании.

10. При периаппендикулярном инфильтрате оперируют:

- а) через доступ Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова;
- б) через доступ по Ленандеру;
- в) через нижний срединный разрез;
- г) после стихания воспалительного процесса;
- д) не оперируют.

11. В какие сроки формируется аппендикулярный инфильтрат:

- а) через 4-5 часов от начала заболевания;
- б) через сутки после начала заболевания;
- в) через 2-3 суток от начала заболевания.

12. Тактика у больного с разлитым перитонитом:

- а) срочное оперативное лечение;
- б) оперативное лечение после предоперационной подготовки в течение часа;
- в) оперативное лечение после предоперационной подготовки в течение 2-4 часов.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. е; 3. в; 4. а; 5. д; 6. д; 7. в; 8. д; 9. в; 10. г; 11. в; 12. в.

Методика оценивания компьютерного тестирования или тестирования на бумажных носителях.

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»;
- 71-79% - «удовлетворительно»;
- 80-89% - «хорошо»;
- 90% и выше – «отлично».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №1 (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Основные этапы эмбриогенеза лица и шеи, формирование щитовидной и зубной желез.
2. Анатомия черепа, челюстно-лицевой области, шеи, особенности у новорожденных и детей младшего возраста.
3. Что такое щитовидно-язычный проток?
4. Что такое зубно-глочный проток?
5. Функции мягкого неба.
6. Эмбриопатогенез основных видов пороков: расщелины верхней губы и неба, колобомы, макро- и микростомии, синдрома Пьера-Робина.
7. Классификация пороков челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, сроки и методы лечения, реабилитация.
8. Этиопатогенез и виды пороков шеи: срединные и боковые кисты и свищи. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Эмбриогенез мозгового черепа, позвоночника и спинного мозга, щитовидной железы.
2. Эмбриопатогенез черепно-мозговых и спинномозговых грыж.
3. Анатомические варианты черепно-мозговых грыж.
4. Анатомические варианты спинномозговых грыж.
5. Перечислите наиболее частые осложнения черепно- и спинномозговых грыж.
6. Что такое spina bifida complicata?
7. Основные диагностические симптомы при изучаемых патологиях.
8. Перечислите основные диагностические инструментальные методы, используемые при диагностике и выборе оптимальной тактики при мозговых грыжах.
9. Основные противопоказания к операциям при мозговых грыжах.
10. Современные сроки оперативного лечения изучаемых пороков развития - факторы, их определяющие.
11. Существующая в настоящее время система оказания комплексной медицинской и социально-педагогической помощи детям с данной патологией.
12. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
13. Принципы диспансерного наблюдения детей с данной патологией.
14. Этиология, клиника, диагностика и принципы оперативного лечения хирургических

заболеваний щитовидной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов дыхания.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия лёгких, трахеи и диафрагмы, их синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика лёгочных заболеваний у детей.
5. Классификация пороков развития лёгких.
6. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с заболеваниями и пороками развития лёгких.
7. Сроки и методы оперативного лечения заболеваний и пороков развития лёгких.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов пищеварения, сроки закладки органов пищеварения, этапы формирования кишечной трубки.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия пищевода, его синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика рвоты у ребенка.
5. Семиотика пневмонии у ребенка.
6. Методы ранней диагностики и рентгенологическое обследование новорожденных с ГЭР.
7. Клиническая картина, диагностика и лечение ГЭР. Показания к хирургическому лечению ГЭР.
8. Классификация, клинические и рентгенологические проявления врожденной диафрагмальной грыжи.
9. Клиника, рентгенологическая и дифференциальная диагностика, тактика при декомпенсированном течении («асфиктическом ущемлении») ложных диафрагмальных грыж.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Нормальная анатомия и эмбриогенез грудной клетки.

2. Классификация врождённых деформаций грудной клетки.
3. Современные концепции патогенеза пороков развития грудной клетки.
4. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с пороками грудной клетки, бронхоэктатической болезнью, деструктивными пневмониями.
5. Классификация, рентгенологическая диагностика, клинические особенности воронкообразной деформации грудной клетки.
6. Корректирующие операции при воронкообразной грудной клетке, послеоперационные осложнения, вопросы реабилитации.
7. Классификация, диагностика, клиника, лечение килевидной деформации грудной клетки.
8. Классификация, клиника и диагностика, лечение деструктивных пневмоний, бронхоэктатической болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Нормальная анатомия легких, пищевода, синтопическое и скелетотопическое положение.
2. Семиотика заболеваний дыхательной и пищеварительной систем у новорожденных и детей разных возрастных групп.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение опухолей и кист лёгких, средостения.
4. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение атрезии пищевода.
5. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина ожогов пищевода, принципы неотложной помощи, лечения и реабилитации.
6. Возможные осложнения ожогов пищевода, сроки их возникновения и методы профилактики, показания к оперативному лечению, принципы реабилитации.
7. Этиология, клиника, диагностика и лечебная тактика при рубцовых сужениях пищевода.
8. Клиническая картина при инородных телах и травмах пищевода, диагностическая тактика и принципы лечения.
9. Принцип преемственности в работе поликлиники и стационара, задачи амбулаторного звена, организация диспансерного наблюдения детей с патологией пищевода.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Анатомио-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.

3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы.
4. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
5. Этиология, патогенез, клиническая картина пороков развития уретры, патологии формирования пола.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Анатомо-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра анатомии).
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра гистологии).
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы (кафедры физиологии и патофизиологии).
4. Патологоанатомические изменения, возникающие при обструктивных уропатиях и их осложнениях (кафедра патологической анатомии).
5. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
6. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечебная тактика при гидронефрозе, мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, клапанах задней уретры.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Эмбриогенез влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
2. Эмбриопатогенез врожденных пороков влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
3. Основные диагностические симптомы острых заболеваний и травматических повреждений яичка.
4. Классификация аномалий вагинального отростка брюшины, их осложнений и критерии

выбора лечебной тактики.

5. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов мошонки, требующих экстренной хирургической помощи.
6. Современные сроки оперативного лечения изучаемых аномалий развития.
7. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
8. Принципы диспансерного наблюдения.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №10
(ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ,
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)**

1. Клиника и диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная) повреждений различных отделов мочевыделительной системы и половых органов.
2. Хирургическая тактика, возможные осложнения.
3. Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения детей, перенесших травму мочеточников, мочевого пузыря, уретры и органов репродуктивной системы.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №11
(ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Принципы ранней диагностики основных гнойно-воспалительных заболеваний у детей.
3. Этапы лечебно-диагностической тактики.
4. Показания к хирургическому лечению гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Принципы современной реабилитации.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №12
(ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)**

1. Особенности строения и кровообращения костей у детей, структура и функция костного мозга.
2. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
3. Этиология, патогенез острого гематогенного остеомиелита и его осложнений.
4. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе, атипичных форм, особенности клинической картины у детей раннего возраста.
5. Диагностическая тактика (клиническая, лабораторная, инструментальная).
6. Дифференциальная диагностика остеомиелита с педиатрическими заболеваниями со

сходной с клинической симптоматикой (ОРЗ, грипп, пневмония, ревматизм и различные типы артритов, туберкулез, опухоли костей) и травматическими повреждениями костно-суставной системы.

7. Организация помощи детям с остеомиелитом на педиатрическом и общехирургическом этапе.
8. Современные методы комплексного лечения, характер предоперационной подготовки, оперативная тактика при остеомиелите у детей в зависимости от клинической формы заболевания и возраста ребенка.
9. Осложнения остеомиелита, послеоперационное ведение больных.
10. Методы реабилитации, принципы диспансерного наблюдения детей, перенесших острый гематогенный остеомиелит, страдающих хронической формой заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
2. Этиопатогенез сепсиса и его осложнений.
3. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе атипичных форм. Особенности клиники у детей раннего возраста.
4. Диагностика сепсиса детского возраста (клиническая, лабораторная, инструментальная). Дифференциальная диагностика.
5. Методы современного лечения. Хирургическая тактика.
6. Реабилитация и принципы диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими сепсис.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний, особенности у детей.
2. Особенности переломов у детей.
3. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей таза и позвоночника.
4. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей верхних и нижних конечностей.
5. Реабилитационные мероприятия и диспансеризация детей, получивших травму костей, суставов и связочного аппарата.
6. Анатомия черепа, головного мозга, нервной системы.

7. Черепно-мозговая травма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, особенности течения у детей.
8. Принципы ранней диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями костей черепа.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №15
(ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)**

1. Анатомия, гистология и физиология кожи и слизистых оболочек.
2. Особенности кожи и слизистых у детей.
3. Локализация и работа центра терморегуляции.
4. Этиопатогенез, классификация и клиника ожогов у детей.
5. Помощь при химических и термических ожогах. Осложнения.
6. Хирургическая тактика при ожогах и их последствиях.
7. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, лечение.
8. Общее перегревание организма (тепловой удар). Помощь, лечение.
9. Обморожения. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
10. Общее переохлаждение организма. Помощь, лечение.
11. Методы реабилитации и диспансеризация детей, перенесших термическую травму.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №16
(ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)**

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Особенности опорно-двигательной системы у детей.
3. Принципы ранней диагностики ортопедических заболеваний у детей.
4. Принципы лечебной тактики, показания к хирургическому лечению ортопедических заболеваний.
5. Методы современной реабилитации детей с ортопедическими заболеваниями, диспансеризация.
6. Особенности строения черепа у новорождённых.
7. Родовые повреждения. Виды, причины и механизмы родовых повреждений. Клиника, диагностическая и лечебная тактика.
8. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №17
(ТЕМА «ПОРОКИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования передней брюшной стенки, желточного и мочевого протоков.
3. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика желточного и мочевого протоков, грыж передней брюшной стенки, принципы оперативного лечения.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №18
(ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования желудочно-кишечного тракта.
3. Дизэмбриогенез кишечной трубки.
4. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика пилоростеноза, атрезии кишечника, аномалий аноректальной области, принципы оперативного лечения.
5. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №19
(ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)**

1. Анатомия и физиология органов ЖКТ.
2. Этиология, патогенез, классификация, принципы ранней диагностики некротического энтероколита.
3. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий. Этиология, патогенез, клиника.
4. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Этиология, патогенез, клиника, принципы ранней диагностики.
5. Показания к хирургическому лечению данных пороков.
6. Основные типы операций при рассматриваемых патологиях.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №20
(ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)**

1. Основные этапы эмбриогенеза органов брюшной полости.

2. Эмбриологический механизм формирования и облитерации желточного протока.
3. Особенности топографии передней брюшной стенки, анатомия и расположение кишки.
4. Что такое дивертикул Меккеля и к какой категории аномалий развития он относится?
Осложнения дивертикула Меккеля, дифференциальная диагностика.
5. Чем обусловлено кровотечение из дивертикула Меккеля?
6. Если во время оперативного вмешательства у пациента с диагнозом "Острый аппендицит" обнаруживается неизменённый червеобразный отросток, то производится ревизия подвздошной кишки. Чем обусловлена такая тактика?
7. Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Гиршпрунга.
8. Современные методы и сроки комплексного лечения данных пороков развития у детей.
9. Классификация видов повреждений органов брюшной полости.
10. Основные клинические симптомы разрывов паренхиматозных органов.
11. Методы диагностики, симптоматика продолжающегося кровотечения.
12. Клинические проявления разрыва полого органа: желудка, кишки.
13. Диагностическая и хирургическая тактика при клинике повреждения органов брюшной полости.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №21
(ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)**

1. Этиология, патогенез и классическая клиническая картина острого аппендицита у детей.
2. Показания к хирургическому вмешательству.
3. Осложнения острого аппендицита.
4. Причины возникновения перитонитов у детей старшего возраста, их классификация.
5. Причины возникновения и классификация перитонитов у новорожденных детей.
6. Принципы лечения перитонитов в зависимости от возраста ребенка.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №1 (ТЕМА
«ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)**

1. Основные этапы эмбриогенеза лица и шеи, формирование щитовидной и зубной желез.
2. Анатомия черепа, челюстно-лицевой области, шеи, особенности у новорожденных и детей младшего возраста.
3. Что такое щитовидно-язычный проток?
4. Что такое зубно-глочный проток?
5. Функции мягкого неба.

6. Эмбриопатогенез основных видов пороков: расщелины верхней губы и неба, колобомы, макро- и микростомии, синдрома Пьера-Робина.
7. Классификация пороков челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, сроки и методы лечения, реабилитация.
8. Этиопатогенез и виды пороков шеи: срединные и боковые кисты и свищи. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Эмбриогенез мозгового черепа, позвоночника и спинного мозга, щитовидной железы.
2. Эмбриопатогенез черепно-мозговых и спинномозговых грыж.
3. Анатомические варианты черепно-мозговых грыж.
4. Анатомические варианты спинномозговых грыж.
5. Перечислите наиболее частые осложнения черепно- и спинномозговых грыж.
6. Что такое spina bifida complicata?
7. Основные диагностические симптомы при изучаемых патологиях.
8. Перечислите основные диагностические инструментальные методы, используемые при диагностике и выборе оптимальной тактики при мозговых грыжах.
9. Основные противопоказания к операциям при мозговых грыжах.
10. Современные сроки оперативного лечения изучаемых пороков развития - факторы, их определяющие.
11. Существующая в настоящее время система оказания комплексной медицинской и социально-педагогической помощи детям с данной патологией.
12. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
13. Принципы диспансерного наблюдения детей с данной патологией.
14. Этиология, клиника, диагностика и принципы оперативного лечения хирургических заболеваний щитовидной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов дыхания.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия лёгких, трахеи и диафрагмы, их синтопическое и скелетотопическое положение.

4. Семиотика лёгочных заболеваний у детей.
5. Классификация пороков развития лёгких.
6. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с заболеваниями и пороками развития лёгких.
7. Сроки и методы оперативного лечения заболеваний и пороков развития лёгких.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов пищеварения, сроки закладки органов пищеварения, этапы формирования кишечной трубки.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия пищевода, его синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика рвоты у ребенка.
5. Семиотика пневмонии у ребенка.
6. Методы ранней диагностики и рентгенологическое обследование новорожденных с ГЭР.
7. Клиническая картина, диагностика и лечение ГЭР. Показания к хирургическому лечению ГЭР.
8. Классификация, клинические и рентгенологические проявления врожденной диафрагмальной грыжи.
9. Клиника, рентгенологическая и дифференциальная диагностика, тактика при декомпенсированном течении («асфиктическом ущемлении») ложных диафрагмальных грыж.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Нормальная анатомия и эмбриогенез грудной клетки.
2. Классификация врождённых деформаций грудной клетки.
3. Современные концепции патогенеза пороков развития грудной клетки.
4. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с пороками грудной клетки, бронхоэктатической болезнью, деструктивными пневмониями.
5. Классификация, рентгенологическая диагностика, клинические особенности воронкообразной деформации грудной клетки.
6. Корректирующие операции при воронкообразной грудной клетке, послеоперационные осложнения, вопросы реабилитации.
7. Классификация, диагностика, клиника, лечение килевидной деформации грудной клетки.

8. Классификация, клиника и диагностика, лечение деструктивных пневмоний, бронхоэктатической болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Нормальная анатомия легких, пищевода, синтопическое и скелетотопическое положение.
2. Семиотика заболеваний дыхательной и пищеварительной систем у новорожденных и детей разных возрастных групп.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение опухолей и кист лёгких, средостения.
4. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение атрезии пищевода.
5. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина ожогов пищевода, принципы неотложной помощи, лечения и реабилитации.
6. Возможные осложнения ожогов пищевода, сроки их возникновения и методы профилактики, показания к оперативному лечению, принципы реабилитации.
7. Этиология, клиника, диагностика и лечебная тактика при рубцовых сужениях пищевода.
8. Клиническая картина при инородных телах и травмах пищевода, диагностическая тактика и принципы лечения.
9. Принцип преемственности в работе поликлиники и стационара, задачи амбулаторного звена, организация диспансерного наблюдения детей с патологией пищевода.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Анатоми-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы.
4. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
5. Этиология, патогенез, клиническая картина пороков развития уретры, патологии формирования пола.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Анатомо-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра анатомии).
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра гистологии).
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы (кафедры физиологии и патофизиологии).
4. Патологоанатомические изменения, возникающие при обструктивных уропатиях и их осложнениях (кафедра патологической анатомии).
5. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
6. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечебная тактика при гидронефрозе, мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, клапанах задней уретры.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Эмбриогенез влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
2. Эмбриопатогенез врожденных пороков влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
3. Основные диагностические симптомы острых заболеваний и травматических повреждений яичка.
4. Классификация аномалий вагинального отростка брюшины, их осложнений и критерии выбора лечебной тактики.
5. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов мошонки, требующих экстренной хирургической помощи.
6. Современные сроки оперативного лечения изучаемых аномалий развития.
7. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
8. Принципы диспансерного наблюдения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)

1. Клиника и диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная) повреждений различных отделов мочевыделительной системы и половых органов.
2. Хирургическая тактика, возможные осложнения.
3. Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения детей, перенесших травму мочеочников, мочевого пузыря, уретры и органов репродуктивной системы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Принципы ранней диагностики основных гнойно-воспалительных заболеваний у детей.
3. Этапы лечебно-диагностической тактики.
4. Показания к хирургическому лечению гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Принципы современной реабилитации.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)

1. Особенности строения и кровообращения костей у детей, структура и функция костного мозга.
2. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
3. Этиология, патогенез острого гематогенного остеомиелита и его осложнений.
4. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе, атипичных форм, особенности клинической картины у детей раннего возраста.
5. Диагностическая тактика (клиническая, лабораторная, инструментальная).
6. Дифференциальная диагностика остеомиелита с педиатрическими заболеваниями со сходной с клинической симптоматикой (ОРЗ, грипп, пневмония, ревматизм и различные типы артритов, туберкулез, опухоли костей) и травматическими повреждениями костно-суставной системы.
7. Организация помощи детям с остеомиелитом на педиатрическом и общехирургическом этапе.
8. Современные методы комплексного лечения, характер предоперационной подготовки, оперативная тактика при остеомиелите у детей в зависимости от клинической формы заболевания и возраста ребенка.
9. Осложнения остеомиелита, послеоперационное ведение больных.
10. Методы реабилитации, принципы диспансерного наблюдения детей, перенесших острый

гематогенный остеомиелит, страдающих хронической формой заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
2. Этиопатогенез сепсиса и его осложнений.
3. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе атипичных форм. Особенности клиники у детей раннего возраста.
4. Диагностика сепсиса детского возраста (клиническая, лабораторная, инструментальная). Дифференциальная диагностика.
5. Методы современного лечения. Хирургическая тактика.
6. Реабилитация и принципы диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими сепсис.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний, особенности у детей.
2. Особенности переломов у детей.
3. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей таза и позвоночника.
4. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей верхних и нижних конечностей.
5. Реабилитационные мероприятия и диспансеризация детей, получивших травму костей, суставов и связочного аппарата.
6. Анатомия черепа, головного мозга, нервной системы.
7. Черепно-мозговая травма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, особенности течения у детей.
8. Принципы ранней диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями костей черепа.
9. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №15 (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия, гистология и физиология кожи и слизистых оболочек.
2. Особенности кожи и слизистых у детей.

3. Локализация и работа центра терморегуляции.
4. Этиопатогенез, классификация и клиника ожогов у детей.
5. Помощь при химических и термических ожогах. Осложнения.
6. Хирургическая тактика при ожогах и их последствиях.
7. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, лечение.
8. Общее перегревание организма (тепловой удар). Помощь, лечение.
9. Обморожения. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
10. Общее переохлаждение организма. Помощь, лечение.
11. Методы реабилитации и диспансеризация детей, перенесших термическую травму.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №16 (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Особенности опорно-двигательной системы у детей.
3. Принципы ранней диагностики ортопедических заболеваний у детей.
4. Принципы лечебной тактики, показания к хирургическому лечению ортопедических заболеваний.
5. Методы современной реабилитации детей с ортопедическими заболеваниями, диспансеризация.
6. Особенности строения черепа у новорождённых.
7. Родовые повреждения. Виды, причины и механизмы родовых повреждений. Клиника, диагностическая и лечебная тактика.
8. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №17 (ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки»)

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования передней брюшной стенки, желточного и мочевого протоков.
3. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика желточного и мочевого протоков, грыж передней брюшной стенки, принципы оперативного лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования желудочно-кишечного тракта.
3. Дизэмбриогенез кишечной трубки.
4. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика пилоростеноза, атрезии кишечника, аномалий аноректальной области, принципы оперативного лечения.
5. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Анатомия и физиология органов ЖКТ.
2. Этиология, патогенез, классификация, принципы ранней диагностики некротического энтероколита.
3. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий. Этиология, патогенез, клиника.
4. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Этиология, патогенез, клиника, принципы ранней диагностики.
5. Показания к хирургическому лечению данных пороков.
6. Основные типы операций при рассматриваемых патологиях.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. Основные этапы эмбриогенеза органов брюшной полости.
2. Эмбриологический механизм формирования и облитерации желточного протока.
3. Особенности топографии передней брюшной стенки, анатомия и расположение кишки.
4. Что такое дивертикул Меккеля и к какой категории аномалий развития он относится? Осложнения дивертикула Меккеля, дифференциальная диагностика.
5. Чем обусловлено кровотечение из дивертикула Меккеля?
6. Если во время оперативного вмешательства у пациента с диагнозом "Острый аппендицит" обнаруживается неизменённый червеобразный отросток, то производится ревизия подвздошной кишки. Чем обусловлена такая тактика?

7. Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Гиршпрунга.
8. Современные методы и сроки комплексного лечения данных пороков развития у детей.
9. Классификация видов повреждений органов брюшной полости.
10. Основные клинические симптомы разрывов паренхиматозных органов.
11. Методы диагностики, симптоматика продолжающегося кровотечения.
12. Клинические проявления разрыва полого органа: желудка, кишки.
13. Диагностическая и хирургическая тактика при клинике повреждения органов брюшной полости.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. Этиология, патогенез и классическая клиническая картина острого аппендицита у детей.
2. Показания к хирургическому вмешательству.
3. Осложнения острого аппендицита.
4. Причины возникновения перитонитов у детей старшего возраста, их классификация.
5. Причины возникновения и классификация перитонитов у новорожденных детей.
6. Принципы лечения перитонитов в зависимости от возраста ребенка.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1 (ТЕМА «Пороки развития головы, лица и шеи») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребенок родился с врожденным пороком развития лица. При осмотре выявлено наличие расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба с правой стороны.

С пороком развития какой жаберной дуги это связано?

Задача №2

Ребёнок В., 6 лет. Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. St. Lokalis: Имеет место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы. Ширина расщелины по линии А 1,8 – 2 см, фрагменты мягкого нёба укорочены.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.

3. Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.
4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Это связано с пороком развития 1 жаберной (мандибулярной) дуги.

Задача №2

1. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.
2. Данный врождённый порок развития челюстно-лицевой области сформировался в период с 7 по 12 неделю беременности (первый триместр). Причиной формирования врождённой патологии могут быть либо наследственные факторы, либо неблагоприятное воздействие факторов внешней среды (тератогенных).
3. Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания, речи.
4. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребенка с рождения в поясничной области определяется опухолевидное образование на тонкой ножке. Кал, мочу держит, движения в конечностях, тонус, чувствительность не нарушены.

Ваш предварительный диагноз, план обследования перед операцией?

Задача №2

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при

осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук.

Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Дифференциальный диагноз

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Спинно-мозговая грыжа. Перед оперативным вмешательством показано УЗИ поясничного отдела позвоночника, почек, мочевого пузыря, нейросонография, рентгенография позвоночника в двух проекциях. КТ.

Задача №2

1. Диффузный токсический зоб 3 степени.
2. Увеличение щитовидной железы, как правило, 2 и 3 степени. Стойкая тахикардия, усиление сердечных тонов, систолический шум, увеличение пульсового давления (повышение систолического и снижение диастолического). Лабильность психики, моторное возбуждение, частый мелкий тремор пальцев вытянутых рук, общий гипергидроз, повышение кожной температуры, утомляемость, слабость, повышенный аппетит, похудание, нарушение менструального цикла у девочек. Часто – симптомы эндокринной офтальмопатии. Лабораторные признаки: повышение в сыворотке крови уровней Т3, Т4, снижение ТТГ.
3. Определение уровня тиреоидных гормонов (Т3, Т4) и тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови, общий анализ крови, ЭКГ, УЗИ щитовидной железы.
4. Вегето-сосудистая дистония: гипергидроз, как правило, местный, дистальный, ладони холодные. Тремор пальцев рук - крупный, размашистый, проходит при отвлечении внимания больного. Лабильность пульса. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ сыворотки.

Кардит: нет увеличения пульсового давления, тоны сердца приглушены. Есть признаки недостаточности кровообращения, нет увеличения щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3
(ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ
ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА
(ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок родился от 1 беременности с массой тела 3600. Отмечалась слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода, наложены полостные щипцы. Закричал после масочной вентиляции легких в течение 5 минут.

Через 20 минут – приступ вторичной асфиксии, цианоз, отдышка до 100 в 1 минуту. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими: справа – коробочный звук, слева – притупление. Аскультативно: справа – дыхания нет; слева – ослаблено. Сердечные тоны глухие, тахикардия – 200 в 1 минуту, меконий отошёл.

Поставьте диагноз. Лечебная тактика.

Задача №2

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, масса тела 3100 г, по Апгар 7-8 баллов. Через 6 часов после рождения появился цианоз носогубного треугольника, при беспокойстве – общий цианоз. Частота дыхания 80 в 1 минуту. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно над лёгкими: слева – коробочный звук, справа – легочный. Аускультативно: слева – дыхание ослаблено, справа – пуэрильное. Сердечные тоны приглушены. Живот обычной формы.

Поставьте предполагаемый диагноз. План обследования. Лечебная тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Пневмоторакс. Плевральная пункция.

Задача №2

Лобарная эмфизема. Рентгенография. Оперативное лечение.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 4
(ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛУКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ») С УКАЗАНИЕМ
ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок 1,5 месяцев госпитализирован в детское хирургическое отделение. Со слов матери, в течение последних 10 дней у ребенка отмечается рвота после кормления в положении на спине. Рвота наблюдается чаще, если ребенок кричит, плачет. В рвотных массах – примесь крови.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Диагностика и лечебная тактика.

Задача №2

Ребёнок 9-ти месяцев переведён из педиатрического стационара с диагнозом: левосторонняя плевропневмония. Болен с рождения, отстаёт в развитии, периодически отмечается одышка, кашель, боли в животе. Неоднократно лечился по поводу пневмонии. 6 дней назад состояние ухудшилось, усилилась одышка, цианоз в покое. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, умеренный цианоз. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Границы сердца смещены вправо. Тахикардия – 150-155 ударов в минуту, одышка до 48-50 в минуту. При перкуссии: справа – лёгочный звук, слева в подключичной области – укорочение перкуторного звука, переходящее в тупость ниже III ребра. Аускультативно: справа – дыхание пуэрильное, слева – дыхание ослаблено, в нижних отделах не выслушивается. При длительной аускультации в нижних отделах слева определяется кишечная перистальтика. Живот не вздут, мягкий. Физиологические отправления в норме. На рентгенограммах: смещение средостения вправо. Выше III ребра слева определяется серповидной формы участок лёгочной ткани. Всю нижнюю часть левой половины грудной клетки занимает негетмогенное затемнение с наличием воздушных полостей.

Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика.

Задача №3

У новорождённого через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка, цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстаёт в акте дыхания, перкуторно справа обычный лёгочный звук, слева – укорочение лёгочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удаётся выслушать «булькающие» шумы. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: средостение смещено вправо, слева до 2 ребра определяются разнокалиберные воздушные полости.

Предположительный диагноз? В какой синдром входит это заболевание?

Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

1. Предположительный диагноз: гастроэзофагеальный рефлюкс (рвота в положении на спине!).

2. Дифференциальный диагноз проводится:

- с пороками развития ЖКТ (ахалазией кардии, врождённым стенозом пищевода, врождённым коротким пищеводом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пилоростенозом);
- миопатиями;
- эзофагитами нерефлюксной природы (инфекционным; химическим – при ожоге пищевода кислотами и щелочами; эозинофильным – при пищевой аллергии; травматическим – вследствие механической травмы; специфическим – при болезни Крона и некоторых системных заболеваниях);
- аллергическими и инфекционно-воспалительными заболеваниями других отделов ЖКТ.

3. Диагностика: рентгеноскопия и рентгенография пищевода и желудка, фиброэзофагогастроскопия, суточная РН-метрия нижней трети пищевода. Лечебная тактика: консервативная терапия до 12-15 месяцев, затем – решение вопроса об операции.

Задача №2

Диагнозы: диафрагмальная грыжа, асфиктическое ущемление? Острая деструктивная пневмония с эмпиемой плевры слева? Поликистоз легкого?

Тактика: госпитализация в торакальное отделение, рентгенография грудной клетки и брюшной полости с введением контраста в кишечник. При подтверждении диагноза диафрагмальной грыжи – оперативное лечение, пластика диафрагмы.

Задача №3

Описана типичная клиническая картина левосторонней диафрагмальной грыжи – нарастающая клиника «асфиктического ущемления». Характерны рентгенологические данные: пёстрая картина на проекции нижней доли лёгкого, участки уплотнения и воздушные полости. При перкуссии – притупление и тимпанит, при аускультации – звуки перистальтики. Все эти изменения обусловлены проникновением петель кишечника, желудка в плевральную полость, сдавлением лёгкого, смещением средостения. Тактика: срочный перевод в хирургический стационар, операция по устранению грыжи.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребёнка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, появился выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии: сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости – тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования. Лечение. Общие вопросы клиники, классификации, диагностики и лечения деструктивных пневмоний.

Задача №2

Под Вашим наблюдением в поликлинике имеется двое детей. Первый – мальчик, 12 лет, болен с 8-месячного возраста, у него резко выражена клиника бронхоэктатической болезни. У второй больной – девочки, 7 лет, длительность заболевания 2 года, обострения 2-3 раза в год, сухой кашель, при аускультации – рассеянные сухие и влажные хрипы с обеих сторон. Кому из указанных больных Вы предложите имеющуюся путёвку в специализированный санаторий? Обоснование? Современные представления о хронической пневмонии у детей.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Деструктивная пневмония осложнилась напряжённым левосторонним пиопневмотораксом. Необходима срочная рентгенография грудной клетки для подтверждения клинического диагноза и выбора места для наложения дренажа по Бюлау. Если при дренировании будет констатировано наличие бронхоплеврального свища с поступлением большого количества воздуха, может понадобиться активная аспирация через дренаж. Необходима интенсивная терапия, направленная на восстановление нарушенных параметров гомеостаза, воздействие на микроорганизмы, вызвавшие процесс.

Задача №2

Консервативное лечение бронхоэктазов, развившихся, по-видимому, на основе врождённой патологии лёгких, не имеет перспектив. Показано только оперативное лечение: резекция поражённых участков лёгкого. С другой стороны, лечение девочки в специализированном санатории может оказать решающее благоприятное влияние на течение патологического процесса.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребёнок 3-х лет, со слов матери, 1 час назад выпил раствор каустической соды. При поступлении отмечается выраженное беспокойство, слюнотечение, гиперемия и отёк слизистой оболочки ротовой полости.

Ваш предварительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача №2

Ребёнку 5 лет, поступил в стационар с диагнозом: Химический ожог пищевода 2-3 степени. Из анамнеза известно, что неделю назад дома выпил уксусную кислоту, по поводу чего обратились в районную больницу, где было выполнено промывание желудка, проводилась медикаментозная терапия. Переведён в Детскую хирургическую клинику для продолжения лечения.

Ваша дальнейшая тактика?

Задача №3

Ребёнок 2-х лет проглотил 5-тирублёвую монету, появились гиперсаливация и дисфагия. Лечился на дому. Через 48 часов состояние больного резко ухудшилось, повысилась температура, появились боли за грудиной.

С чем связано ухудшение состояния ребёнка? Диагностическая и лечебная тактика.

Задача №4

У ребенка с первых минут после рождения изо рта и носа обильно выделяется вспененная слюна, слегка окрашенная желчью. Полагая, что примесь желчи свидетельствует о полной проходимости пищевода и желудка, врач разрешил кормление, однако при этом ребенок поперхивается, появляется цианоз, апноэ, кашель.

1. Какая ошибка допущена?
2. Как Вы объясните примесь желчи в слюне?
3. Опишите современную лечебно-диагностическую тактику при этом заболевании.

Задача №5

В районном родильном доме родился мальчик весом 2700 г. При рождении отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, поперхивание, преходящий цианоз. На 3-и сутки заподозрена атрезия пищевода, произведено контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) – на рентгенограмме отчётливо виден слепо оканчивающийся верхний отрезок пищевода, в кишечнике и желудке - воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в районное хирургическое

отделение общего профиля, где в экстренном порядке под местной анестезией осуществлено наложение гастростомы и начато кормление через нее.

1. Оцените лечебную и хирургическую тактику врачей, перечислите допущенные погрешности (если они были).

2. Изложите современную лечебно-диагностическую тактику.

Задача №6

В клинику детской хирургии был доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом: атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод через зонд введен 1 мл йодлипола) обнаружен слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода и воздушный пузырь в желудке, в кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает внимание запавший живот.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Чем можно объяснить наличие газа в желудке и его отсутствие в кишечнике?

3. Изложите современную лечебно-диагностическую тактику.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Химический ожог полости рта, глотки, пищевода. Промывание полости рта, желудка через зонд; анальгетики, антибиотики, кортикостероиды, седативные препараты, коррекция кислотно-основного состояния.

Задача №2

Консервативное лечение – бужирование пищевода в сочетании с терапией кортикостероидами, лидазой, физиотерапией на область пищевода.

Задача №3

В результате длительного стояния в пищеводе инородного тела образовался некроз стенки (пролежень) с последующей её перфорацией, воспалением околопищеводной клетчатки (перизофагитом) и, возможно, медиастинитом.

Диагностика:

- обзорная рентгенография: позволяет выявить локализацию рентгеноконтрастного инородного тела, эмфизему средостения, расширение срединной тени, инфильтрацию околопищеводной клетчатки (на боковых рентгенограммах);

- рентгенография с водорастворимым контрастом: выявляет сужение пищевода вследствие воспалительного отёка в зоне процесса, затекание контраста за пределы стенок пищевода, в средостение или плевральную полость;

- фиброэзофагоскопия под интубационным наркозом с миорелаксантами – для удаления инородного тела, уточнения локализации, размера и характера повреждения пищевода.

Лечение: после эндоскопического удаления инородного тела выполняется торакотомия или медиастинотомия, ушивание дефекта пищевода, дренирование околопищеводной клетчатки тем или иным доступом, в зависимости от уровня повреждения. Проводят антибактериальную, инфузионную дезинтоксикационную терапию, применяют обезболивающие препараты, кортикостероиды. Пищевод исключается из пассажа пищи на длительное время, что достигается либо проведением мягкого назогастрального зонда, либо наложением гастростомы, еюностомы.

Задача №4

1. Первое кормление ребенка недопустимо без предварительного исключения атрезии пищевода с помощью зондирования желудка.

2. Примесь желчи в пенистых выделениях изо рта и носа не исключает атрезию пищевода, так как желчь забрасывается в трахею и ротоглотку через нижний трахеопищеводный свищ.

3. Лечебно-диагностическая тактика: в родильном доме – попытка зондирования желудка, проведение пробы Элефанта. При невозможности заведения зонда в желудок, положительной пробе Элефанта – не кормить, поместить ребенка в транспортировочный кювез с возвышенным положением головного конца, наладить постоянную эвакуацию слизи изо рта (электроотсосом, грушей вручную через каждые 15-20 минут), ввести антибиотики и викасол, срочно доставить ребёнка в детскую хирургическую клинику. В детском хирургическом стационаре: рентгенография пищевода с 1 мл водорастворимого рентгеноконтрастного вещества (в вертикальном положении ребенка, в двух проекциях), продолжается эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, постоянная подача кислорода, оперативное лечение после предоперационной подготовки.

Задача №5

1. В задаче суммированы наиболее типичные для данной ситуации ошибки врачей:

- кормление ребенка недопустимо без исключения атрезии пищевода путем зондирования желудка сразу после рождения ребенка;
- рентгенологическое исследование в роддоме проводить нецелесообразно (выполняется только на этапе хирургического стационара);
- в качестве контрастного вещества применение бариевой взвеси недопустимо;
- перевод в районное хирургическое «взрослое» отделение – тактическая ошибка;
- наложение гастростомы в качестве предварительной операции возможно, но кормление через неё приведёт к забросу молока в трахею через трахеопищеводный свищ.

2. Эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, срочная доставка ребёнка в специализированный детский хирургический стационар, введение антибиотиков и гемостатиков, постоянная подача кислорода, оперативное лечение после предоперационной подготовки.

Задача №6

1. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с атрезией двенадцатиперстной кишки.

2. Воздушный пузырь в желудке свидетельствует о поступлении воздуха через нижний трахеопищеводный свищ. Дальнейший пассаж воздуха по кишечнику блокирован, вероятнее всего, в результате полной (острой) высокой непроходимости кишечника (атрезия 12-перстной кишки). Об этом же свидетельствует и запавший живот.

3. Эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, постоянная подача кислорода, введение антибиотиков и гемостатиков, оперативное устранение атрезии пищевода и непроходимости кишечника после предоперационной подготовки.

Перечень типовых ситуационных задач для проведения практического занятия №7 (тема «Аномалии развития почек и мочеточников, мочевого пузыря, уретры и репродуктивной системы») с указанием правильного (правильных) ответа (ответов)

Задача №1

У девочки 6-ти лет помимо нормальных мочеиспусканий отмечается постоянное дневное капельное недержание мочи. В течение 3 лет ребенок лечился у амбулаторного психоневролога,

однако эффекта от лечения не наблюдалось. При ультразвуковом исследовании почек обнаружено удвоение правой почки.

1. Ваш диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо выполнить ребенку?
3. Какая ошибка в лечении допущена врачами?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У девочки имеется наружная эктопия мочеточника верхней половины правой удвоенной почки.

Ребенку необходимо в целях диагностики выполнить помимо УЗИ обзорную и экскреторную рографию, микционную цистоуретрографию, цистоскопию, пробу с индигокармином и катетеризацию эктопического устья мочеточника верхней половины правой удвоенной почки.

Лечение у психоневролога в течение 3 лет необоснованно, ибо есть четкие данные о сочетании нормальных мочеиспусканий с капельным недержанием мочи, что свидетельствует о том, что сфинктеры шейки пузыря и уретры функционируют нормально, а недержание мочи обусловлено тем, что один из мочеточников открывается в промежности, минуя мочевого пузыря.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребенка 6-ти лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры до 38° С. В анализах мочи – лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое обследование не проводилось.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Методы диагностики.
3. Лечебная тактика.
4. Ваша оценка тактики педиатра.

Задача №2

У мальчика 2-х лет с рождения отмечаются затрудненные мочеиспускания тонкой, вялой, прерывистой струей с натуживанием, дневное недержание мочи.

1. Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз.
2. План обследования.
3. Какие методы исследования являются приоритетными в диагностике данного заболевания?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У ребенка можно заподозрить правосторонний гидронефроз, осложненный хроническим пиелонефритом. Больному необходимо выполнить ультразвуковое исследование почек, ренографию, обзорную и экскреторную урографию с отсроченными снимками. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение. Педиатр необоснованно долго наблюдал и лечил ребенка от пиелонефрита, не проводя клинико-рентгенологического обследования. При первом приступе болей в животе и пояснице, сопровождающихся рвотой и изменениями в моче, необходимо выполнить УЗИ почек, которое является экспресс-методом определения анатомического состояния почек и их полостной системы. Следует исключить возможность патологии желчевыводящих путей.

Задача №2

У ребенка имеется врожденная инфравезикальная обструкция, обусловленная наличием препятствия в мочеиспускательном канале. Мальчику необходимо выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания, обзорную и экскреторную урографию, микционную цистоуретрографию, цистоуретроскопию, урофлоуметрию, цистоманометрию. Приоритетными методами являются микционная цистоуретрография, уретроскопия.

Перечень типовых ситуационных задач для проведения практического занятия №9 (тема «Патология влагалищного отростка брюшины, синдром отёчной мошонки, неспецифические воспалительные заболевания мочевой системы») с указанием правильного (правильных) ответа (ответов)

Задача №1

У ребенка двух лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. По словам матери, эта припухлость появилась сутки назад. Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят.

Ваш диагноз? Тактика врача? Обоснуйте.

Задача №2

Ребенок одного года болен воспалением легких. С рождения у него отмечается наличие пахово-мошоночной грыжи слева, ущемлений не было. Два часа назад произошло ущемление грыжи.

Какова хирургическая тактика? Обоснуйте.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Ущемлённая правосторонняя пахово-мошоночная грыжа, синдром непроходимости кишечника (многократная рвота, задержка стула и газов). Диагностика: обзорная рентгенография, на которой вероятны признаки механической кишечной непроходимости (раздутые петли кишечника с уровнями жидкости – чаши Клойбера). Так как с момента ущемления прошло более 12 часов, возможно только оперативное лечение.

Задача №2

Малый срок заболевания, противопоказания к операции (пневмония) позволяют прибегнуть к консервативному лечению ущемления у мальчика: введение анальгетиков, спазмолитиков, приём тёплой ванны, попытка бережного ручного вправления. При неэффективности данных мер – оперативное лечение.

При ущемлённых паховых грыжах у девочек показана немедленная операция, так как обычное у них ущемление яичника не поддается консервативному вправлению.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Переходя улицу, мальчик 7-ми лет был сбит автомашиной и через 40 минут после травмы доставлен в детскую хирургию. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные. АД – 80/60 мм рт.ст., пульс – 140 ударов в минуту. Живот при пальпации резко болезненный в левом подреберье и левой поясничной области. Резко положительный симптом Пастернацкого. При бимануальной пальпации определяется резко болезненное, с нечеткими контурами объемное образование в левом подреберье.

1. Ваш диагноз.
2. Методы диагностики.
3. Лечебная тактика.

Задача №2

Мальчик 8-ми лет упал с дерева на металлический ящик, ударившись промежностью. При попытке мочеиспускания через час после травмы отмечалась резкая боль в промежности, а из наружного отверстия уретры выделялись капли крови. Ребенок был доставлен в отделение детской хирургии. При поступлении в области промежности обнаружена большая гематома. Мочевой пузырь увеличен и пальпируется над лоном. Самостоятельное мочеиспускание невозможно. Врач решил выполнить катетеризацию уретры и мочевого пузыря.

1. Правильны ли действия врача?
2. Ваш диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Лечебная тактика.

Задача №3

Мальчик 8-ми лет доставлен в отделение через 30 минут после транспортной травмы. Сознание сохранено, заторможен. Жалобы на боль в животе. Объективно: в области левого подреберья – множество ссадин. Кожа бледная, симптомы нарушения микроциркуляции. Пульс – 140 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения, АД – 90/50 мм рт.ст. Живот напряжен и резко болезненный слева. Печеночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Положительный симптом Пастернацкого слева. Получена моча с примесью крови.

1. Ваш диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У ребенка имеется разрыв левой почки с формированием забрюшинной урогематомы. Для диагностики необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию для уточнения наличия контралатерального органа и выявления характера повреждения почки. При полном разрыве почки больному показана срочная операция – люмботомия, ревизия почки, ушивание разрывов (или нефрэктомия), дренирование забрюшинного пространства.

Задача №2

Действия врача неправильны, т.к. при наличии уретроррагии и отсутствии самостоятельного мочеиспускания в результате травмы можно предполагать разрыв уретры. А при

разрыве уретры катетеризация мочеиспускательного канала и мочевого пузыря опасны в связи с возможным формированием ложного хода и усугублением степени разрыва. Для уточнения диагноза необходима восходящая уретрография без катетеризации (введение контраста через наружное отверстие уретры с выполнением снимка в момент введения препарата), что позволяет увидеть место разрыва и мочевые затеки. При разрыве уретры ребенку показано восстановление непрерывности уретры с наложением провизорных швов.

Задача №3

У ребенка ушиб левой почки. Для уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию. При наличии подкапсульной гематомы или полного разрыва почки показана операция – левосторонняя люмботомия, ревизия левой почки, ушивание места разрыва паренхимы (или нефрэктомия при отрыве ножки, полном разрыве органа в области ворот или размозжении почки). Необходимо иметь в виду возможность разрыва селезенки.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Девочка двух недель жизни остро заболела. Появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39° С, исчез аппетит. В области правой молочной железы появилась гиперемия кожи, припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуацию.

Ваш диагноз. Лечебная тактика. Выскажите свое мнение об этиологии и патогенезе заболевания.

Задача №2

У ребенка трех недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела поднялась до 39° С, появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На передней поверхности грудной клетки обнаружено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте на ощупь несколько теплее, умеренно инфильтрирована и болезненна. Через несколько часов пораженный участок кожи приобрел багровый цвет, значительно увеличился в размерах. Четких границ с непораженными участками кожи не выявляется. Флюктуации нет.

О каком заболевании идет речь? Этиопатогенез. План лечения.

Задача №3

При осмотре 4-дневного ребёнка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6x7 см. Кожа в этой области покрыта цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не

повышена, пальпация безболезненна. В течение 4 ч. наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребёнок родился с массой тела 4200 г от первой беременности и затяжных родов.

Общий анализ крови: лейкоцитоз $9,7 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 15%, сегментоядерные нейтрофилы 38%, эозинофилы 3%, лимфоциты 32%, моноциты 12%; СОЭ 5мм/ч.

Поставьте предварительный диагноз. Определите тактику лечения.

Задача №4

Девочка, 15 лет, поступила с жалобами на недомогание, слабость, повышенную температуру тела, ознобы, головную боль, рвоту. На коже лица за сутки до поступления появилась яркая краснота с резко очерченными фестончатыми границами. Кожа в зоне воспаления отечна, горяча на ощупь и резко болезненна по периферии. Девочка отмечает, что зона поражения быстро увеличивается, это сопровождается болями и чувством жара.

Поставьте диагноз. Определите лечебную тактику.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Правосторонний мастит новорожденного. Следует иметь в виду, что локальная инфекция у новорожденных часто протекает без общей симптоматики. В данном случае у ребенка явное ухудшение общего состояния, гипертермия, интоксикация. Лечение только в стационаре, комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм;
- в) местное лечение (радиальные разрезы над зоной воспаления).

Принято считать, что локальные гнойные заболевания детей до 3-месячного возраста являются результатом их инфицирования в роддоме. Это обстоятельство определяет эпидемиологическую тактику.

Задача №2

Клиническая картина некротической флегмоны новорожденного. Все перечисленные симптомы типичны. Лечение только в стационаре, комплексное, состоящее из трех компонентов:

- а) воздействие на микроорганизм;

б) воздействие на макроорганизм;

в) местное лечение (множественные "насечки" в шахматном порядке).

Задача №3

Диагноз: асептический некроз подкожной жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений.

Задача №4

Четкие фестончатые границы гиперемии, её быстрое распространение дают основание поставить диагноз рожистого воспаления. Лечение комплексное. Назначают цефалоспорины парентерально с учётом чувствительности штамма стрептококка, инфузионную и симптоматическую терапию. Местное лечение: УФО, повязки с томицидом, хлорамфениколом + метилурацилом.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В отделении патологии новорождённых лечился ребёнок 26 дней жизни по поводу омфалита и пиодермии. За 2 сут. до поступления обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, местное и общее лечение?

Задача №2

У ребенка в возрасте 21 день жизни отмечены ухудшение общего состояния, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава.

Масса тела ребёнка 3600 г. В анализах крови: лейкоцитоз $12,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 26%, эозинофилы 0%, лимфоциты 60%, моноциты 8%; СОЭ 22 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №3

Родители ребёнка 1,5 мес. жизни обратились с жалобами на его беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5 °С.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №4

Мальчик 9 лет, заболел 5 дней назад, когда появились боли в области нижней трети правой голени, хромота, стойкое повышение температуры тела до 38–39° С. При осмотре ребёнок на правую ногу не встаёт, имеется отёк и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №5

Ребёнок 3 мес. выписан из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видны периостальная реакция и очаг разрежения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объёме, безболезненны.

Ваша тактика?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Омфалит. Пиодермия. План обследования: общий анализ крови, СОЭ. Лечение: пункция плечевого сустава, при получении гноя в сустав вводят антибиотик широкого спектра действия. Местно – повязка Дезо, антибактериальная терапия с учётом спектра чувствительности возбудителя, симптоматическая терапия. На 10-е сутки показана рентгенография правой плечевой кости.

Задача №2

Диагноз: острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показаны наложение повязки типа Дезо и УВЧ. Антибактериальная терапия с учётом чувствительности возбудителя, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней – рентгенография плечевой кости.

Задача №3

Диагноз: подозрение на острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза левой бедренной кости. Показаны радиоизотопное исследование, вытяжение по Шеде, антибактериальная и симптоматическая терапия.

Задача №4

Диагноз: подозрение на острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Показаны УЗИ заинтересованной области, анализ крови. Лечение: экстренное оперативное (остеоперфорация кости).

Задача №5

Ребёнок здоров, показано наблюдение, через месяц следует провести контрольный анализ крови и рентгеновский снимок бедренной кости.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребенок трех недель жизни госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии. Вялый, отказывается от груди, отмечается падение веса. Кожные покровы желтовато-серого оттенка. Температура повышена до 38,5° С, сыпь на коже. Живот равномерно вздут, пальпируются увеличенные печень и селезенка. Наблюдается кровавая рвота, мелена. Анализ крови: эритроциты – $2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $22,5 \times 10^9/л$, резкий сдвиг миелоцитов, выражена токсическая зернистость лейкоцитов. Посев крови: высеян стафилококк.

Поставьте диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечебная тактика.

Задача №2

Мальчик 1 месяца жизни заболел остро. Резко ухудшилось общее состояние. Отказывается от груди, температура тела – 38,5° С. Вначале беспокойный, ребенок стал вялым, адинамичным. Кожа приобрела сероватый оттенок. На спине в межлопаточной области мать заметила

красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось. Утром на следующий день родители вызвали врача на дом. Участковый педиатр немедленно направил ребенка в детское хирургическое отделение. При поступлении в клинику температура тела 40° С. Язык обложен, сухой, большой родничок запавший. Тоны сердца глухие, пульс до 180 в 1 минуту, мягкий. В крови: 21×10^9 лейкоцитов, со сдвигом лейкоформулы до юных форм. Очаг поражения локализуется в области спины и поясничной области. Кожа гиперемирована, отёчна, в центре выявляется синюшность и пологое углубление.

Поставьте диагноз. Какая помощь должна быть оказана ребенку? Этиопатогенез заболевания. Прогноз заболевания.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Сепсис новорожденного. Форма (стадия) – септицемия. Комплексное клиническое и бактериологическое обследование. Современный мировой стандарт диагностики сепсиса – выявление и анализ критериев синдрома системного воспалительного ответа (SIRS).

Лечение комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм (коррекция гомеостаза);
- в) местное лечение (санация всех воспалительных очагов).

Задача №2

Некротическая флегмона новорожденного, токсико-септическая форма. В прогнозе заболевания имеет решающее значение срочное начало лечения. В описанном случае квалифицированная помощь оказана только через два дня.

Лечение комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм;
- в) местное лечение.

Прогноз, в связи с запущенностью процесса, осложнившегося сепсисом, сомнительный. Все критерии синдрома системного воспалительного ответа в тексте задачи названы. Местный процесс может быть проявлением сепсиса или осложниться развитием сепсиса.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 14
(ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА.») С УКАЗАНИЕМ
ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Бригадой скорой медицинской помощью доставлена девочка 2 лет с подозрением на перелом верхней трети костей левого предплечья.

Анамнез: час назад, во время прогулки ребенка с матерью, ребенок оступился, при этом мама, пытаясь удержать ребенка, потянула за руку на себя. В момент травмы мамы услышала «хруст» в руке.

Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье слегка согнуто в локтевом суставе, пронировано, рука свисает вдоль туловища.

Локальный статус. Отека нет. Изменений контуров области локтевого сустава нет. Пальпация болезненна в проекции лучевой кости. Активные движения в локтевом суставе резко ограничены. Попытка супинации предплечья болезненна.

1. Какой диагноз наиболее вероятный у данной пациентки?
2. Дети какой возрастной группы страдают данной травмой?
3. Составьте и обоснуйте план лечения.
4. Критерии вправления подвывиха.
5. Ваши рекомендации по иммобилизации при выписке.

Задача №2

Бригадой скорой медицинской помощью доставлен мальчик 10 лет с подозрением на перелом нижней трети костей левого предплечья.

Анамнез: час назад, во время игры в футбол, ребенок упал на ладонь вытянутой руки.

Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье согнуто под углом 100 градусов в локтевом суставе, пронировано, здоровая рука поддерживает за кисть больную.

Локальный статус. Целостность кожных покровов не нарушена. Отек незначительный. Деформация в области дистального эпиметафиза лучевой кости. Пальпация болезненна в нижней трети лучевой кости. Активные движения в смежных суставах ограничены, болезненны.

Рентгенография нижней трети костей предплечья в двух взаимно перпендикулярных проекциях: отделение эпифиза лучевой кости единым блоком от метафиза на половину поперечника кости в тыльную сторону.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента, укажите допустимое смещение после репозиции на Р-грамме.
5. Ваши рекомендации при выписке.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

1. Закрытый пронационный подвывих головки лучевой кости левого предплечья.
2. От 1 года до 3 лет. Также подвывих головки луча может возникать у грудных детей и у детей старше от 3 до 7 лет.
3. Без предварительной анестезии врач одной рукой захватывает кисть и лучезапястный сустав ребенка, другой рукой локтевой сустав и, слегка надавливая большим пальцем на головку лучевой кости, производит тягу по оси предплечья, супинацию и сгибание. При неудачной попытке вправления возможно вместо супинации производить пронацию предплечья.
4. Через 1-2 минуты больной безболезненно и в полном объеме производит активные и пассивные движения в локтевом суставе. Также в ряде случаев большим пальцем ощущается щелчок.
5. Иммобилизация не нужна. Только в случае затрудненного вправления подвывиха можно зафиксировать руку косыночной повязкой на 1-2 дня.

Задача №2

1. Закрытый эпифизеолиз дистального эпиметафиза лучевой кости левого предплечья со смещением отломков.
2. Обоснование диагноза: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза. 1 При эпифизеолизе линия перелома проходит только по зоне роста. 2 При остеоэпифизеолизе линия перелома проходит одновременно по зоне роста и по метафизу и/или диафизу.
3. Не требуется.
4. Обезболивание – внутривенный наркоз. Закрытая одномоментная ручная репозиция, после которой допустимое смещение возможно до одной пятой поперечника кости. Лонгетная гипсовая повязка по тыльной стороне от головок пястных костей до верхней трети плеча.
5. ЛФК, иммобилизация 3-4 недели.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 15
(ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

В результате пожара воспламенилась одежда на ребёнке. Пламя затушили. При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Задача №2

В результате пожара жилого помещения парень получил ожог головы, передней поверхности туловища и верхних конечностей. Больной крайне возбуждён, на лице имеются вскрывшиеся пузыри, на передней поверхности грудной клетки плотная тёмная корка, в области живота вскрывшиеся пузыри.

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

1. Диагноз: термический ожог лица II-III степени, ожоговый шок.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) ввести обезболивающие средства;
 - б) наложить асептическую повязку, уложить;
 - в) согреть ребенка, напоить горячим чаем;
 - г) срочно госпитализировать в хирургический стационар.

Задача №2

1. Диагноз: термический ожог лица, передней поверхности грудной клетки, верхних конечностей, живота III-IV ст. Ожоговый шок (эректильная фаза).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) введение обезболивающих средств (50% р-р анальгина 2,0-4,0 в/м, баралгина, тригана, спазгана);
 - б) расслабление одежды по швам;
 - в) наложить асептическую повязку, укутать в одеяло;
 - г) согреть пострадавшего, напоить горячим чаем, кофе, щелочное питье;
 - д) следить за сознанием, дыханием, сердцебиением.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 16
(ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ
ПОВРЕЖДЕНИЯ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок А. от первой беременности. Матери 23 года. У женщины вегетососудистая дистония с 16 летнего возраста. В женской консультации на учете с 7 недель беременности. При обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечался токсикоз первой половины в течение двух недель. Анемия легкой степени во второй половине беременности. В 30-32 недели отмечались отеки на ногах. В анализах мочи - следы белка. Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 25 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином. Второй период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые, передние и задние, в умеренном количестве. Плацента не изменена, околоплодные оболочки целы, без признаков воспалительных изменений.

Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4350 г., без обвития пуповины. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. При первом осмотре отмечено снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в левой руке резко снижены. Черепно-мозговая иннервация не нарушена. По органам и системам без патологических отклонений.

Предполагаемый диагноз?

Эталон ответа на ситуационные задачи.

Задача №1

Перинатальное поражение нервной системы травматического генеза: периферический паралич Дюшенна-Эрба.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 17
(ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО
(ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

В отделение доставлен новорожденный через 2 часа после рождения. Ребенок бледный, вялый. В области пупка имеется опухолевидное образование, покрытое прозрачными, блестящими оболочками, через которые видны петли тонкого кишечника и край печени. Пуповинный остаток

отходит от вершины этого образования. Диаметр дефекта брюшной стенки 7-8 см, высота «опухоли» -6-7 см. На операции эмбриональные оболочки удалены и осуществлено сшивание краев дефекта, после чего наступила остановка дыхания.

Ваш диагноз? Причина остановки дыхания? Современная лечебная тактика?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: эмбриональная грыжа пупочного канатика. Причина остановки дыхания в погружении кишечника в "малый" по размерам живот, тем самым, ограничив экскурсию диафрагмы.

Лечебная тактика:

1. Правильно выбрать способ оперативного лечения: одномоментное закрытие дефекта, пластика по Гроссу, консервативное лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Спустя 36 часов с момента рождения у новорожденного появилась рвота с примесью мекония, беспокойство, стало прогрессировать обезвоживание. Отхождения газов и мекония не было. Объективно: живот вздут, мягкий. Анус сформирован правильно. При осмотре через прямую кишку определяется препятствие на глубине 3 см.

Ваш диагноз? Лечебно-диагностическая тактика? Оценка сроков диагностики?

Задача №2

У новорожденного в течение 24-х часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?

Есть ли необходимость проводить исследование по Вангенстину? Опишите возможные анатомические варианты порока.

Задача №3

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3000 г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и лёгких 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. Возраст 1 сут. В анализах крови: рН 7,32; рСО₂ 36 мм.рт.ст.; ВЕ – 4; Нб 220 г/л; Нт 65%.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз атрезии ануса необходимо ставить при первичном осмотре ребенка сразу после рождения. Дальнейшее обследование ребенка в хирургическом стационаре предусматривает дифференциальную диагностику между атрезией ануса и прямой кишки (методика Вангенстина).
Лечебная тактика – операция.

Задача №2

Диагноз: низкая врожденная кишечная непроходимость. Атрезия прямой кишки. Лечебно-диагностическая тактика:

1. Коррекция обезвоживания, промывание желудка.
2. Операция: брюшно-промежностная проктопластика.
3. Ранняя диагностика атрезии прямой кишки заключается в зондировании ее в течение первого часа с момента рождения.

Задача №3

Диагноз: атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показаны УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ.

Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток.

Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2-3 раза скудными порциями. Теряет массу тела.

К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Диурез 0,5 мл/кг/час.

1. Ваш предварительный диагноз, план обследования?
2. Тактика лечения?

Задача №2

Девочка 9 лет доставлена в хирургическое отделение. Из анамнеза известно, что она находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом: Идиопатический гепатит. Внезапно появилась обильная рвота с большой примесью жидкой крови и в виде сгустков. Больная жалуется на общую слабость, сонливость. При осмотре кожные покровы бледные, суховатые. ЧСС 115 в минуту, пульс сниженного напряжения и наполнения, артериальное давление 80/45 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, усилен рисунок вен передней брюшной стенки. Напряжения мышц живота не отмечено, печень не пальпируется, селезенка выступает на 10 см, плотная безболезненная. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/ч. В общем анализе мочи белок – следы, лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, ацетон отриц. Биохимический анализ крови: натрий 132 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, кальций 2,3 ммоль/л, общий белок 49 г/л, альбумин 31%, билирубин 24 ммоль/л, АЛТ 98 ед., АСТ 102 ед., холестерин 7,3 ммоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?
4. Этиология, патогенез заболевания?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: некротический язвенный энтероколит, стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Лечение: инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений, и наблюдение в течение ближайших 2–4 ч. При отсутствии положительной динамики со стороны ЖКТ показана экстренная операция.

Задача №2

Кровотечение связано с эрозией варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии. Диагноз подтверждается спленомегалией и наличием асцита, расширением вен передней брюшной стенки (голова Медузы). Тактика: остановка кровотечения консервативными методами (заместительная, гемостатическая терапия), при неуспехе - срочная операция. Диагноз подтверждается обнаружением варикозных вен пищевода (фиброэзофагоскопия, рентгеноскопия), доплероскопией вен брюшной полости, УЗИ печени. Лечение портальной гипертензии комплексное. Операции - различные типы шунтирования бассейна воротной вены и нижней полой вены.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен ребенок, 3,5 лет, с жалобами на жидкий стул с обильной примесью малоизмененной крови, слабость, бледность. Из анамнеза известно, что заболел остро с резкой боли в животе, в дальнейшем присоединился жидкий стул. Срок заболевания 2 часа. Объективно: ребенок вялый, сознание спутано, резкая бледность кожи и слизистых, пульс 130 ударов в минуту, малого наполнения, АД 80/25 мм рт.ст. При осмотре rectum на высоте пальца патологических образований не выявлено. Живот умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области пупка, объемных образований нет.

15. Предположительные диагнозы.

16. Лечебно-диагностическая тактика.

17. Этиопатогенез заболевания.

Задача №2

С первых дней жизни у 10-дневного мальчика отмечается вздутие живота, периодическая рвота с примесью дуоденального содержимого. Меконий и переходный стул отходили с трудом, только после клизмы, газы не отходят. Ребенок вялый, кожные покровы сухие. Живот вздут, мягкий, на глаз определяются вздутые петли кишок, при перкуссии живота – резкий тимпанический звук.

1. Предположительный диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Задача №3

В поликлинику обратилась мать с 4-летним мальчиком. С рождения страдает запорами, которые с 9-месячного возраста приняли упорный характер. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 2-3 дня. Ребенок отстает в развитии, есть признаки алиментарной дистрофии, хронической интоксикации. Живот увеличен в объеме, мягкий. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные.

- Предположительный диагноз.
- Классификация данного заболевания. Какая форма описана в данном случае?
- Наметьте план обследования и лечебных мероприятий.
- Этиопатогенез заболевания.

Задача №4

Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе. Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами. В левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено.

1. Предположительный диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагнозы: язва дивертикула Меккеля, осложненная кровотечением? Полип толстого кишечника?

Тактика: консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения и борьбу с геморрагическим шоком, переливание эритроцитной массы по показаниям, при продолжающемся кровотечении - операция: лапаротомия, ревизия кишечника. При обнаружении хирургической патологии - резекция кишечника.

Задача №2

У ребенка следует предполагать острую форму болезни Гиршпрунга. Первым мероприятием при подобных состояниях следует считать очистительные клизмы и введение газоотводной трубки. Диагноз подтверждается ирригографией с барием. Наличие спазмированной удлиненной зоны уточняет диагноз.

Лечение таких больных в грудном возрасте, по возможности, консервативное, заключающееся в выполнении очистительных клизм. Радикальное лечение – брюшно-промежностную протопластику производят в возрасте 1,5-2-х лет.

Задача №3

Болезнь Гиршпрунга. Описана типичная клиническая картина подострой формы болезни. Пальпируемые образования являются каловыми камнями.

Уточнить диагноз позволит ирригография с барием после очистки толстого кишечника с помощью сифонных клизм. После активной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений гомеостаза, - радикальная операция, резекция аганглионарной зоны, являющейся причиной развития мегаколона.

Задача №4

Диагноз: закрытая травма живота, повреждение полого органа и/или поджелудочной железы, перитонит.

Тактика: госпитализация, катетеризация центральной вены и предоперационная подготовка, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, операция - срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение причин перитонита (ушивание полого органа, брыжейки, поджелудочной железы), промывание и дренирование брюшной полости. Многокомпонентная интенсивная терапия.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8° С, тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей.

О каком заболевании идет речь? Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина? Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.

Задача №2

Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Больна 5 часов. Была 3-кратная рвота, дважды – жидкий стул.

Ваши действия? Опишите лечебно-диагностическую тактику.

Задача №3

У мальчика 2,5 лет трое суток назад повысилась температура до фебрильных цифр, появилась многократная рвота, затем боль при мочеиспускании. Участковым педиатром поставлен диагноз: ОРЗ, назначены антибиотики. На 3-и сутки – госпитализация в педиатрическую клинику с диагнозом: «Острый пиелонефрит». Через 2-е суток – перевод в детскую хирургическую клинику. Объективно: ребенок бледный, вялый, положение вынужденное. При изменении положения тела жалуется на боли в животе. Тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот вздут, болезнен и напряжен в нижних отделах. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование, мягко-эластической консистенции, округлой формы, болезненное. В анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево. В моче лейкоцитурия до 15 в поле зрения.

Ваш диагноз? Назовите ошибки на догоспитальном этапе. Опишите возможные варианты клинической картины данного заболевания. Лечебная тактика.

Задача №4

Коля Н., 10 лет, 2-е сутки после операции срединной лапаротомии, аппендэктомии, разделения межпетельных спаек, промывания и дренирования брюшной полости в подвздошных

областях. Объективно: вялый, адинамичный, бледный, положительный симптом «бледного пятна». Температура 39° С, число дыханий 40 в 1 минуту, пульс 140 в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД – 90/70 мм рт.ст. По желудочному зонду выделяется застойное содержимое. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не прослушивается. Стула не было, газы не отходят. Повязки обильно промокают. Мочи за 18 часов с момента операции – 400 мл.

Рассчитайте программу инфузионной терапии. Каковы основные критерии её эффективности? Какие дополнительные сведения Вам понадобятся для уточнения инфузионной программы?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Описана клиника острого аппендицита, типичная для ребенка 2,5 лет: интоксикация, гипертермия, жидкий стул. Есть два ведущих симптома аппендицита: локальная боль и дефанс. Даже при наличии сомнений в диагнозе врач обязан направить ребенка в стационар.

Задача №2

Обязательная госпитализация. Осмотр во время естественного сна. Если это не удастся – осмотр во время медикаментозного сна (седуксен, реланиум, ГОМК, поверхностный наркоз). При осмотре определяются два ведущих симптома аппендицита: локальная боль и мышечное напряжение.

Задача №3

Диагноз: деструктивный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс (отграниченный перитонит). Педиатр допустил две ошибки: не учел особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста и забыл, что при любых болях в животе ребенок до 3-х летнего возраста по приказу Министерства здравоохранения должен быть госпитализирован. Тактика: предоперационная подготовка, операция: внебрюшинное вскрытие абсцесса с его дренированием и, возможно, аппендэктомией.

Задача №4

Катетеризация центральной или периферической вены. Общая потребность больного в жидкости состоит из следующих компонентов:

а) физиологические потребности (в 10 лет 1500 мл/сутки);

б) жидкость, идущая на патологические потери – гипертермия (по 10 мл на 1 кг массы тела на каждый градус выше 37); перспирация (15 мл/кг на каждые 20 дыхательных движений выше нормы); парез кишечника (20 мл/кг или прямой учет потери через зонд).

г) жидкость для восполнения имеющегося к данному моменту дефицита жидкости (по клиническим симптомам эксикоза).

Качественный состав инфузионной терапии: коллоиды – гидроксипроксиэтилкрахмалы (волювен), растворы модифицированного желатина (геможель), реополиглюкин, альбумин, свежемороженая плазма; кристаллоиды (10% глюкоза с добавлением калия, солевые растворы).

Критерии эффективности: нормализация центральной и периферической гемодинамики – улучшение качеств пульса, ликвидация симптомов нарушения микроциркуляции, стабилизация ЦВД (4-8 см водного ст.), восстановление диуреза.

Методика оценивания результатов устного опроса на практических и семинарских занятиях

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение пользоваться ими при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№1 (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Расщелины губы и нёба.
2. Короткая уздечка языка, макроглоссия, колобома.
3. Врождённые кисты и свищи шеи.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Черепно-мозговые грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
2. Спинномозговые грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
3. Хирургические заболевания щитовидной железы у детей. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Аномалии развития легких. Классификация.
2. Врождённая долевая эмфизема. Клиника, диагностика, лечение.
3. Напряженные кисты лёгких. Клиника, диагностика, лечение.
4. Секвестрация легкого. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Клиническая картина, диагностика и лечение.
2. Диафрагмальные грыжи. Клиническая картина, диагностика и лечение.
3. «Асфиктическое ущемление» ложной диафрагмальной грыжи. Клиника, лечебно-диагностическая тактика.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Деструктивные пневмонии. Клиника, диагностика, лечение.
2. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
3. Врождённые деформации грудной клетки. Классификация.
4. Воронкообразная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.

5. Килевидная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.
6. Синдром Поланда. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Опухоли и кисты лёгких. Клиника, диагностика, лечение.
2. Опухоли средостения. Клиника, диагностика, лечение.
3. Атрезия пищевода. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
5. Рубцовые сужения пищевода. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
6. Травмы и инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Аномалии развития мочевыделительной и половой систем. Эмбриопатогенез, классификация.
2. Диагностика патологии МВС. Антенатальная диагностика.
3. Гипоспадия. Классификация, клиника, методы и сроки оперативного лечения.
4. Патология формирования пола. Клиника, диагностика. Тактика ведения больных. Лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Врожденный гидронефроз у детей. Клиника, диагностика, лечение.
2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Клиника, диагностика, лечение.
3. Обструктивный мегауретер. Клиника, диагностика, лечение.
4. Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Водянка яичка. Клиника, диагностика, лечение.
2. Паховая грыжа. Клиника, диагностика, лечение.
3. Крипторхизм. Клиника, диагностика, лечение.

4. Варикоцеле. Клиника, диагностика, лечение.
5. Синдром отёчной мошонки. Перечень нозологий. Травма и заворот яичка, острые поражения гидатид придатка яичка. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Неспецифические воспалительные заболевания МВС и половых органов.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ,
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)**

1. Травма почек. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
2. Травма мочевого пузыря. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
3. Травма уретры. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травма органов репродуктивной системы. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)**

1. Омфалит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Некротическая флегмона новорождённых. Клиника, диагностика, лечение.
3. Гнойный мастит у новорождённых. Клиника, диагностика, лечение.
4. Панариций. Клиника, диагностика, лечение.
5. Абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение.
6. Рожистое воспаление. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)**

1. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, классификация.
2. Клиническая картина острого гематогенного остеомиелита. Особенности у детей разного возраста, атипичные клинические формы.
3. Диагностика, сроки и тактика лечения острого остеомиелита.
4. Хронический остеомиелит. Диагностическая и лечебная тактика.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)**

1. Этиология и патогенез развития сепсиса. Классификация.
2. Клиника, особенности течения сепсиса у детей раннего возраста.
3. Методы диагностики сепсиса, сроки и тактика лечения.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)**

1. Особенности костей и переломов у детей.
2. Переломы позвоночника и костей таза. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
3. Переломы костей верхних и нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
4. Черепно-мозговая травма у детей. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№15 (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)**

1. Ожоги у детей. Классификация, клиника, первая помощь и лечение.
2. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Классификация, клиника, лечение.
3. Обморожения. Классификация, клиника, первая помощь и лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№16 (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ.
РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)**

1. Врожденный вывих бедра. Клиника, диагностика, лечение.
2. Врожденная косолапость. Клиника, диагностика, лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Клиника, диагностика, лечение.
4. Искривления позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
5. Остеохондропатии. Клиника, диагностика, лечение.
6. Особенности строения черепа у новорожденных.
7. Родовые травмы. Клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
8. Методы реабилитации детей с интранатальной травмой.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№17 (ТЕМА «ПОРОКИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»)**

1. Эмбриопатогенез врожденных пороков пупочной области, грыж белой линии живота, патологии желточного и мочевого протоков.
2. Гастрошизис. Клиника, диагностика, лечение.
3. Омфалоцеле. Клиника, диагностика, лечение.
4. Патология урахуса. Классификация, диагностика, лечение.
5. Фунгус пупка. Клиника, диагностика, лечение.

6. Пупочные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Эмбриогенез органов пищеварения.
2. Синдром «рвоты молоком». Перечень нозологий, клиника, дифференциальная диагностика.
3. Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Клиника, диагностика, лечение.
4. Атрезии кишечника. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
5. Приобретённая кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, лечебно-диагностическая тактика.
6. Атрезия ануса. Клиника, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Язвенно-некротический энтероколит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий, клиника, диагностика, лечение.
3. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗнь ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. Дивертикул Меккеля. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
2. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Травма органов брюшной полости. Классификация, диагностическая и лечебная тактика.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика и лечение.
2. Особенности острого аппендицита у детей раннего возраста. Атипичные формы.
3. Осложнения аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, перитонит.
4. Перитониты неаппендикулярной этиологии. Диагностическая и лечебная тактика.

Методические требования к выполнению реферата

Реферат начинается с титульного листа, на котором указывается полное название университета, факультета, кафедры, тема реферата, фамилия автора и руководителя, место (город) и год написания. На следующей странице, которая нумеруется номером «2», обязательно помещается оглавление с точным названием каждой главы и указанием начальных страниц.

Общий объем работы не должен превышать 20 страниц печатного текста. Абзац должен равняться 0,75 см. Поля страницы: левое – 2 см, правое – 1 см, нижнее – 2 см, верхнее – 2 см. Текст печатается через 1,5 интервал. Рекомендуется использовать текстовый редактор Microsoft Word, шрифт Times New Roman, размер шрифта – 12 pt. При работе с другими текстовыми редакторами шрифт выбирается самостоятельно, исходя из требований – 60 строк на лист (через 1,5 интервала).

Подготовка реферата предполагает следующие основные этапы:

1. Выбор темы реферативного исследования и определение круга вопросов, решить которые предполагается в ходе исследования.

2. Составление плана реферативной работы.

3. Работа со справочной литературой.

План реферата включает вводную часть (1 страница), основную часть (13-18 страниц) и заключение (1 страница). Во введении определяется цель исследования, задачи, подлежащие рассмотрению, актуальность избранной темы. Основная часть реферата призвана отразить поэтапный ход исследования. Количество глав и параграфов произвольно и определяется тематикой реферата и замыслом автора. В заключении кратко воспроизводится цель исследования и полученные результаты.

Следует помнить, что полученные выводы должны соотноситься с обозначенными во введении задачами.

Список использованной литературы, прилагаемый к реферату, должен содержать не менее 5-6 наименований и, как минимум, один первоисточник. Поскольку анализ источников служит показателем качества проделанной работы, их выбор не должен быть поверхностным и случайным. Ссылки на приводимые в реферате авторские работы должны быть грамотно оформлены. Список литературы составляется по алфавиту с точным указанием выходных данных книги, статьи согласно требованиям ГОСТ-2008 по библиографическому описанию документа. Список литературы – это перечень книг, журналов, статей с указанием основных данных (место и год выхода, издательство и др.).

Титульный лист реферата оформляется в соответствии со стандартом, включая наименование дисциплины, темы реферативной работы, фамилию и инициалы автора. Подготовленный реферат должен быть скреплен и подшит в папку.

Каждый раздел работы начинается с новой страницы, подразделы – с красной строки. Расстояние между главой и следующей за ней текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.

После заголовка, располагаемого посередине строки, не ставится точка. Не допускается подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовка. Страницы работы нумеруются в нарастающем порядке.

Титульный лист включается в общую нумерацию, но номер страницы на нем не проставляется.

Время выступления по теме реферата не должно превышать 15-20 минут.

Шкала оценивания реферата:

- при грамотном представлении каждого пункта содержания работы, начиная с оформления титульного листа и заканчивая списком литературы, соответствующим требованиям ГОСТ, выставляется оценка «5»;

- при грамотном изложении основной части работы, с ошибками в оформлении других частей (содержания, библиографического списка и т.п.) – оценка «4»;
- при смысловых ошибках в основном разделе работы и правильном оформлении других разделов (титульный лист, содержание, список литературы) – оценка «3»;
- при смысловых ошибках в основном разделе работы и неправильном оформлении других разделов – оценка «2».



**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет
имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)**

УТВЕРЖДАЮ

Начальник ОПКВК

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И.
Разумовского Минздрава России

 Н.В. Щуковский
« 31 » « 08 » 2022_ г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ УЧЕБНОЙ
ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»
ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ**

Блок 1, вариативная часть, обязательные дисциплины, Б1.В.ОД.3

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ
31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ**

ФГОС ВО утвержден приказом 1056
Министерства образования и науки РФ
от 25 августа 2014 года

Квалификация
Врач-детский онколог
Форма обучения
ОЧНАЯ


Нормативный срок освоения ОПОП – 2 года

ОДОБРЕНА

на учебно-методической конференции кафедр
хирургии детского возраста
профпатологии, гематологии и клинической
фармакологии

Протокол от 13.05.2022 г. № 10

Заведующие кафедрами:

 И.В. Горемыкин

 Т.В. Шелехова

ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п\п	Метод оценивания	Виды оценочных средств
1.	Тестирование	Комплект тестовых заданий
2.	Устный опрос	Перечень вопросов для подготовки к практическим и семинарским занятиям
3.	Решение ситуационных задач	Комплект типовых ситуационных задач
4.	Проверка реферата	Перечень тем рефератов
5.	Проверка сделанного ординатором заключения данных визуализирующих методик	Комплект рентгенограмм, УЗ-, КТ-, МРТ-снимков, видеозаписей этих видов обследования и др.
6.	Проверка сделанного ординатором заключения по данным лабораторного и лучевого методов исследования	Комплект снимков УЗИ, рентгенограмм, и др.
7.	Проверка сделанного ординатором заключения по установлению диагноза и выбора метода лечения	Данные истории болезни и методов диагностики

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:

- а) от 6 мес. до 1 года;
- б) 1-2 года;
- в) 3-5 лет;
- г) 5-10 лет;
- д) старше 10 лет.

2. Для предупреждения рецидива при операциях по поводу кисты шеи обязательным элементом является:

- а) выделение свища до поверхностной фасции;
- б) ушивание свищевого отверстия после санации;
- в) перевязка наружной яремной вены;
- г) обработка свищевого хода склерозирующими препаратами;
- д) резекция подъязычной кости.

3. Наиболее частым осложнением после операции по поводу свищей шеи является:

- а) кровотечение;
- б) расхождение швов;

- в) нарушение акта глотания;
- г) рецидив свища;
- д) гиперсаливация.

4. Образование боковых кист и свищей связано:

- а) с хромосомными абберациями;
- б) с нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;
- в) с нарушением обратного развития зубно-глочного протока;
- г) незарращением жаберных дуг;
- д) эктопией эпителия дна полости рта.

5. Для боковых кист характерны:

- а) болезненность при пальпации;
- б) истончение при пальпации;
- в) расположение над яремной веной;
- г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы;
- д) плотная консистенция.

6. При боковых свищах шеи наиболее информативным методом исследования является:

- а) рентгенография;
- б) ультразвуковое исследование;
- в) фистулография;
- г) венография;
- д) компьютерная томография;

7. Дифференциальную диагностику боковых кист шеи необходимо проводить со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а) лимфангиомы и липомы;
- б) периостита нижней челюсти;
- в) лимфаденита;
- г) флебэктазии яремной вены;
- д) эктопии щитовидной железы и дермоидной кисты.

8. С целью предоперационной подготовки при боковых кистах шеи необходимо провести все следующие обследования, кроме:

- а) общего анализа крови;
- б) общего анализа мочи;
- в) группы крови, резус-фактора;
- г) фистулографии;
- д) ангиографии.

9. Оптимальным сроком оперативного лечения врожденных боковых свищей шеи является возраст:

- а) до 1 года;
- б) до 3 лет;
- в) 3-5 лет;
- г) 5-7 лет;
- д) старше 10 лет.

10. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:

- а) резекция подъязычной кости;
- б) перевязка сосудисто-нервного пучка;
- в) ушивание жаберной щели;
- г) выделение свища до боковой стенки глотки;
- д) иссечение свища и ушивание отверстия на коже.

11. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу боковых свищей шеи являются:

- а) лимфоррея;
- б) повреждение кивательной мышцы;
- в) кровотечение и повреждение сосудисто-нервного пучка;
- г) повреждение протоков слюнных желез.

12. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи необходимы:

- а) инфузионная терапия;
- б) фиксация головы;
- в) исключение питания через рот;
- г) постельный режим;
- д) физиотерапия.

13. Рецидив после операции по поводу боковых свищей шеи обусловлен:

- а) нагноением послеоперационной раны;
- б) расхождение швов;
- в) недостаточным гемостазом;
- г) неполным удалением боковых ответвлений свища;
- д) отказом от резекции подъязычной кости.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. д; 3. г; 4. г; 5. г; 6. в; 7. в; 8. д; 9. в; 10. г; 11. в; 12. д; 13. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Наиболее опасным в отношении формирования пороков нервной системы является:

- а) первый триместр беременности;
- б) второй триместр беременности;
- в) третий триместр беременности.

2. Временными противопоказаниями к операции по поводу передней черепно-мозговой грыжи у детей являются:

- а) острый дакриоцистит;
- б) наличие прогрессирующей гидроцефалии;
- в) воспалительные изменения в ликворе;
- г) все перечисленное.

3. Дифференциально-диагностическим признаком при постановке диагнозов

«Внутриносовая грыжа» или «Полип носа» у детей является:

- а) затруднение носового дыхания;
- б) наличие выбухания в полости носа;
- в) сахар в пунктате;
- г) белок в пунктате.

4. Иссечение грыжевого мешка при затылочной черепно-мозговой грыже у детей противопоказано:

- а) при менингоцеле;

- б) при менингоэнцефалоцеле с наличием затылочной доли в грыжевом мешке;
- в) при наличии в грыжевом мешке мозжечка;
- г) во всех случаях.

5. В каком отделе позвоночника чаще всего встречаются спинномозговые грыжи:

- а) шейном;
- б) грудном;
- в) поясничном;
- г) крестцово-копчиковом;
- д) во всех одинаково часто.

6. Наиболее частой формой спинномозговой грыжи является:

- а) менингоцеле;
- б) миеломенингоцеле;
- в) миелоцистоцеле;
- г) скрытая щель дужек в пояснично-крестцовом отделе;
- д) рахизизис.

7. Из перечисленных клинических симптомов спинномозговой грыжи служит показанием к экстренной операции:

- а) большое опухолевидное образование в поясничной области;
- б) нарушение функции тазовых органов;
- в) парез нижних конечностей;
- г) истечение ликвора из разорванных оболочек;
- д) резкое истончение кожи над грыжей.

8. Временными противопоказаниями к операции по поводу спинномозговой грыжи у детей являются:

- а) менингит;
- б) резкое истончение и напряжение кожных покровов грыжи;
- в) ликворея без явлений менингита;
- г) все перечисленное.

9. При спинномозговой грыже этапом операции не является:

- а) выделение грыжевого мешка;

- б) удаление содержимого грыжевого мешка;
- в) вскрытие, вправление корешков;
- г) ушивание грыжевого мешка;
- д) мышечно-фасциальная пластика.

10. В эволюции спорадического зоба могут появиться следующие осложнения:

- а) компрессия окружающих анатомических структур;
- б) интерстициальные кровотечения;
- в) острый тиреоидит;
- г) гипертиреозидизация;
- д) малигнизация процесса;
- е) все перечисленное.

11. Сцинтиграфия токсической аденомы показывает:

- а) диффузное гомогенное накопление изотопа;
- б) диффузное негетогенное накопление изотопа;
- в) накопление в виде «шахматной доски»;
- г) «горячий» узел;
- д) «холодный» узел.

12. Спустя 24 часа после субтотальной тиреоидэктомии по поводу тиреотоксикоза появились возбуждение, предделириозное состояние, тахикардия - 180 уд. в минуту, аритмия, гипертермия. О какой патологии Вы думаете?

- а) паралич возвратных нервов;
- б) гипертиреоз;
- в) гипопаратиреоз;
- г) тиреотоксический криз;
- д) газовая эмболия.

13. К осложнениям тиреоидэктомии относят всё, кроме:

- а) пареза возвратного нерва;
- б) микседемы;
- в) тетанического криза;
- г) тиреотоксического криза;
- д) экзофтальмического синдрома.

14. Какие из следующих симптомов свидетельствуют о сдавлении шейного симпатического ствола гипертрофированной щитовидной железой?

- а) цианоз лица, набухание яремных вен;
- б) нарушение деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- в) афония, охриплость голоса;
- г) миоз, энофтальм, птоз века, брадикардия;
- д) мозговые нарушения, обморок.

15. Какие утверждения, касающиеся доброкачественных опухолей щитовидной железы, являются правильными?

- а) представляются в виде аденом, асимптоматичны, медленно развиваются, в 70% случаев выявляются в виде «холодного» узла на сцинтиграфии;
- б) возникают остро, быстро развиваются;
- в) рано и часто метастазируют;
- г) в 70% случаев выявляются в виде «горячего» узла на сцинтиграфии.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. г; 3. в; 4. в; 5. в; 6. г; 7. г; 8. а; 9. б; 10. е; 11. г; 12. г; 13. д; 14. г; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Характерные симптомы внутригрудного напряжения у новорожденных:

- а) смещение средостения в сторону поражения;
- б) расширение межреберных промежутков на стороне поражения;
- в) патология перкуторного звука на стороне поражения;
- г) двустороннее поражение грудной клетки;
- д) патология аускультативного звука на стороне поражения.

2. Рентгенологические симптомы внутригрудного напряжения:

- а) смещение средостения в сторону, противоположную патологии;
- б) медиастинальная грыжа;
- в) низкое стояние купола диафрагмы;

- г) сужение межреберных промежутков на стороне поражения;
- д) симметричное поражение легких.

3. Внутригрудным напряжением проявляются:

- а) респираторный дистресс-синдром;
- б) врожденная долевая эмфизема;
- в) ложная диафрагмальная грыжа;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) релаксация купола диафрагмы;
- е) ателектаз легкого;
- ж) гидроторакс.

4. Смещением средостения без напряжения проявляются:

- а) респираторный дистресс-синдром;
- б) врожденная долевая эмфизема;
- в) агенезия легкого;
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) релаксация купола диафрагмы;
- е) ателектаз легкого;
- ж) гидроторакс.

5. Ребенку с напряженным пневмотораксом необходимо провести:

- а) оперативное вмешательство;
- б) плевральную пункцию;
- в) бронхоскопию;
- д) наблюдение.

6. Для заболеваний, проявляющихся синдромом внутригрудного напряжения характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

7. Для заболеваний, проявляющихся смещением средостения без напряжения характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

8. Для заболеваний, проявляющихся двусторонним поражением легких характерно:

- а) патология односторонняя;
- б) патология двусторонняя;
- в) смещение средостения в сторону патологии;
- г) смещение средостения в противоположную сторону;
- д) без смещения средостения.

9. Основной причиной врожденной долевой эмфиземы является:

- а) аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха;
- б) аспирация мекония;
- в) аномальное отхождение легочных сосудов;
- г) опухоли средостения.

10. Релаксация купола диафрагмы у новорожденных возникает при:

- а) пункции плевральной полости;
- б) пункции подключичной вены;
- в) дренировании плевральной полости;
- г) при осложненных родах;
- д) медиастените.

Ответы на тестовые задания:

1. б, в, д; 2. а, б, в; 3. б, в, г, д, ж; 4. в, е; 5. б; 6. а, г; 7. а, в; 8. б, д; 9. а; 10. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №4 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Мальчик 12 лет жалуется на изжогу и боли при глотании. Какое из приведённых исследований является наиболее информативным:

- а) колоноскопия;
- б) рН-метрия;

- в) ультразвуковое исследование;
- г) рентгеноскопия желудка;
- д) эзофагогастродуоденоскопия.

2. С чем связано развитие анемического синдрома при ГЭР:

- а) нарушением всасывания железа;
- б) снижением содержания соляной кислоты;
- в) снижением фактора Кастла;
- г) наличием антител к клеткам желудка;
- д) развитием эрозий пищевода.

3. Какую клиническую характеристику имеет болевой синдром при гастроэзофагеальном рефлюксе:

- а) уменьшается после рвоты;
- б) усиливается во время сна;
- в) усиливается при дефекации;
- г) сопровождается горечью во рту;
- д) усиливается после рвоты.

4. Пищевод Баррета – это:

- а) осложнение язвы желудка;
- б) осложнение язвы 12-перстной кишки;
- в) осложнение ГЭР;
- г) осложнение хронического гастрита.

5. Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:

- а) френоперикардальная;
- б) передние;
- в) задние ложные;
- г) пищеводного отверстия;
- д) истинные.

6. У детей старшего возраста чаще всего встречаются:

- а) передние грыжи диафрагмы;
- б) истинные левосторонние грыжи;

- в) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) задние ложные грыжи.

7. При ущемленной диафрагмальной грыже у новорожденного наиболее целесообразна:

- а) широкая боковая торакотомия;
- б) тораколапаротомия;
- в) лапаротомия срединная;
- г) торакотомия с вертикальным иссечением кожи.

8. Из перечисленных клинических признаков асфиктического ущемления при ложной диафрагмальной грыже служит показанием к экстренной операции:

- а) смещение средостения;
- б) отсутствие стула и рвоты;
- в) асимметрия грудной клетки;
- г) дыхательная недостаточность III ст. без положительной реакции на оксигенотерапию.

9. Все перечисленные клинические симптомы асфиктического ущемления диафрагмальной грыжи у новорожденного имеет место за исключением:

- а) цианоза;
- б) беспокойства;
- в) вздутие живота;
- г) смещения средостения.

10. Новорожденный синееет при беспокойстве в случае:

- а) трахео-пищеводного свища;
- б) двойной дуги аорты;
- в) субдуральной гематомы;
- г) диафрагмальной грыжи.

Ответы на тестовые задания:

1. д; 2. д; 3. б; 4. в; 5. в; 6. г; 7. в; 8. г; 9. в; 10. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №5 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. В процессе эмбриогенеза грудина формируется из:

- а) эктодермальных пластинок;
- б) первичной кишки;
- в) грудинных валиков;
- г) перепончатого остова;
- д) мышечной перегородки (миосепты).

2. Окостенение грудины заканчивается:

- а) в 15-20 лет;
- б) 20-25 лет;
- в) 30-35 лет;
- г) 55-60 лет;
- д) полностью не окостеневает.

3. Назовите виды врожденных деформаций грудной клетки:

- а) воронкообразная;
- б) килевидная;
- в) синдром Поланда;
- г) дефекты грудины;
- д) смешанные дисплазии (при диффузных скелетных расстройствах);
- е) все вышеперечисленное.

4. Оценка тяжести воронкообразной деформации грудной клетки определяется:

- а) методом Велча;
- б) методом Ланда-Браудера;
- в) методом Стоуна;
- г) методом Сельдингера;
- д) все вышеперечисленное.

5. Возможные осложнения оперативного лечения воронкообразной деформации грудной клетки:

- а) пневмоторакс;
- б) повреждение легкого;
- в) инфекция, гематома;
- г) гемоперикард;

- д) рецидив;
- е) все вышеперечисленное.

6. При воронкообразной деформации грудной клетки у детей даёт наилучший результат:

- а) торакопластика с наружным вытяжением;
- б) стернохондропластика с внутренней фиксацией костными трансплантатами;
- в) стернохондропластика с внутренней фиксацией металлическими конструкциями;
- г) наружное вытяжение без торакопластики;
- д) торакопластика без фиксирующих устройств.

7. Килевидная деформация грудной клетки:

- а) всегда диагностируется сразу после рождения;
- б) встречается чаще, чем воронкообразная;
- в) чаще проявляется в пубертатном периоде;
- г) всегда сочетается с нарушениями сердечно-легочной системы;
- д) все вышеперечисленное.

8. К дефектам грудины относят:

- а) торакальную эктопию сердца;
- б) шейную эктопию сердца;
- в) торакоабдоминальную эктопию сердца;
- г) расщепление грудины;
- д) все вышеперечисленное.

9. Все перечисленное о деструктивной пневмонии у новорожденных верно, кроме

- а) тенденции деструкции к отягощению;
- б) острое начало, тяжелое течение;
- в) возможного осложнения пиотораксом и пиопневмотораксом;
- г) аэрогенного пути инфицирования.

10. Ребенок 6 мес. находится на лечении по поводу деструктивной пневмонии. В течение последних дней - ухудшение состояния: рвота, вздутие живота, задержка стула. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - равномерно раздутые петли кишечника. Наиболее вероятной причиной изменений со стороны живота является:

- а) спаечная непроходимость кишечника;

- б) инвагинация кишечника;
- в) динамическая непроходимость кишечника;
- г) перитонит;
- д) острый аппендицит.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. в; 3. е; 4. а; 5. е; 6. в; 7. в; 8. д; 9. а; 10. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Из ниже перечисленных веществ не дает ожогов пищевода, требующих специального лечения:

- а) нашатырный спирт;
- б) ацетон;
- в) уксусная эссенция;
- г) канцелярский клей;
- д) марганцево-кислый калий.

2. Ребёнок выпил глоток едкой щёлочи. Промывание желудка ему следует произвести:

- а) щелочным раствором;
- б) подкислённым раствором;
- в) холодной водой;
- г) водой комнатной температуры;
- д) горячей водой.

3. Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода. Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:

- а) на 1-2-е сутки;
- б) на 3-4-е сутки;
- в) на 5-6-е сутки;
- г) на 10-е сутки;
- д) на 12-е сутки.

4. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода обнаружен небольшой отёк и гиперемия слизистой. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

5. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отёчность и фиброзные наложения. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

6. При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется картина циркулярных фиброзных наложений, стенка пищевода по снятии фибрина кровоточит. Это соответствует:

- а) лёгкой степени ожога;
- б) средней степени ожога;
- в) тяжёлой степени ожога;
- г) нет ожога;
- д) очень тяжёлой степени ожога.

7. У больного при эзофагоскопии после приема уксусной эссенции обнаружен пятнистый эзофагит. Ему следует рекомендовать:

- а) раннее бужирование;
- б) позднее бужирование;
- в) курс лечебных эзофагоскопий;
- г) диетотерапия;
- д) наблюдение.

8. Раннее бужирование пищевода абсолютно показано при ожоге:

- а) первой степени;
- б) второй степени;

- в) третьей степени;
- г) любой степени.

9. При свежем ожоге пищевода следует отдать предпочтение:

- а) «слепому» методу бужирования;
- б) через эзофагоскоп;
- в) за нитку;
- г) ретроградному бужированию;
- д) не бужировать.

10. Медиастиниты у детей чаще всего возникают:

- а) при бактериальных деструкциях легких;
- б) при опухолях средостения;
- в) при кистах средостения;
- г) при перфорации пищевода;
- д) при перикардите.

11. При подозрении на перфорацию пищевода целесообразно применять в качестве контрастного вещества:

- а) барий;
- б) воздух;
- в) масляные контрастные вещества;
- г) сергозин;
- д) водорастворимые контрастные вещества.

12. При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:

- а) стоя;
- б) лежа на животе;
- в) лежа на спине;
- г) лежа на левом боку;
- д) лежа на правом боку.

13. Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:

- а) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода;

- б) при повреждении пищевода с повреждением плевры;
- в) при непроникающем ранении пищевода;
- г) при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см;
- д) при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода.

14. Кормление через рот возможно:

- а) при свежей перфорации инородным телом;
- б) при поверхностных ссадинах пищевода;
- в) при повреждении слизистой до мышечного слоя;
- г) при интрамуральном ложном ходе;
- д) при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода.

15. Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затёк контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:

- а) курс лечебных эзофагоскопий;
- б) введение зонда в желудок и консервативная терапия;
- в) перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию;
- г) срочную операцию;
- д) гастростомию.

16. Для диагностики атрезии пищевода необходимо:

- а) рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях;
- б) очистительная клизма для получения мекония;
- в) зондирование желудка;
- г) перкуссия передней брюшной стенки для определения тимпанита;
- д) всё вышеперечисленное.

17. Следует ли выполнить рентгенологическое исследование при подозрении на атрезию пищевода у ребёнка, находящегося в хирургическом отделении районной больницы:

- а) обязательно;
- б) нет;
- в) только при наличии в штате детского хирурга;
- г) обязательно с использованием водорастворимого рентгеноконтрастного вещества;
- д) только при положительной пробе Элефанта.

18. На каком расстоянии от десен зонд встречает препятствие при попытке его проведения в желудок у ребенка с атрезией пищевода:

- а) 3-4 см;
- б) 10-12 см;
- в) 15-16 см;
- г) на любом уровне;
- д) при подозрении на атрезию пищевода данное исследование не информативно.

19. Проба Элефанта – это:

- а) введение через желудочный зонд 1-2 мл. физиологического раствора;
- б) введение двойной длины назогастрального зонда до появления его изо рта;
- в) вдувание через зонд шприцем воздуха;
- г) вдувание через зонд шприцем воздуха с одновременной пальпацией передней брюшной стенки.

20. Предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза должно составлять:

- а) 0,5 см; б) 1,0 см; в) 1,5 см; г) 2,0 см; д) 2,5 см.

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

- а) врожденный изолированный трахеопищеводный свищ;
- б) атрезия пищевода с верхним и нижним свищом;
- в) атрезия пищевода без свища;
- г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом;
- д) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом.

22. Перед отправкой в специализированный стационар ребенку с атрезией пищевода необходимо выполнить все действия, кроме:

- а) назначить викасол;
- б) ввести антибиотики;
- в) поместить ребенка в транспортировочный кювез;
- г) получить стул;
- д) в верхний сегмент пищевода ввести катетер для аспирации слюны.

23. Характерными для трахеопищеводного свища являются:

- а) кормление сопровождается кашлем;
- б) приступы цианоза;
- в) пенистые выделения изо рта;
- г) кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз;
- д) все перечисленное.

24. При проведении предоперационной подготовки у ребенка с врожденным трахеопищеводным свищом целесообразны все перечисленные мероприятия, кроме:

- а) парентерального питания;
- б) кормления через зонд, проведенный в желудок;
- в) санационной трахеобронхоскопии;
- г) антибактериальной терапии;
- д) оксигенотерапии.

25. В первые дни после операции по поводу врожденного трахеопищеводного свища нецелесообразно:

- а) санационная ларингоскопия;
- б) антибактериальная терапия;
- в) дробное кормление через рот;
- г) парентеральное питание;
- д) вибрационный массаж, стимуляция кашля.

26. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза незрелости кардиального отдела пищевода даёт:

- а) контрастное обследование пищевода в положении стоя;
- б) жесткая эзофагоскопия;
- в) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
- г) фиброэзофагоскопия;
- д) рН-метрия.

27. Поставить диагноз ахалазия пищевода можно с уверенностью в возрасте ребёнка:

- а) в периоде новорожденности;
- б) от 1 до 3 мес.;
- в) от 3 до 6 мес.;

- г) от 6 мес. до года;
- д) старше года.

28. Для ахалазии пищевода при выполнении обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:

- а) смещение средостения влево;
- б) расширение тени средостения;
- в) смещение средостения вправо;
- г) отсутствие газового пузыря;
- д) высокое стояние левого купола диафрагмы.

29. Ведущим симптомом при ахалазии пищевода является:

- а) дисфагия;
- б) регургитация;
- в) рецидивирующая пневмония;
- г) пищеводная рвота;
- д) рвота желудочным содержимым.

30. При ахалазии пищевода показана:

- а) эзофагогастромиотомия;
- б) гастростомия;
- в) эзофагогастрофундопликация;
- г) эзофагогастромиотомия с эзофагогастрофундопликацией.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. г; 3. б; 4. а; 5. б; 6. в; 7. д; 8. в; 9. а; 10. г; 11. д; 12. в; 13. в; 14. б; 15. г; 16. в; 17. б; 18. б; 19. в; 20. г; 21. г; 22. г; 23. д; 24. а; 25. в; 26. в; 27. д; 28. г; 29. г; 30. г.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №7 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Гипоспадия относится к:

- а) аномалиям развития мочевой системы;
- б) гендерным нарушениям.

2. Клиническими формами гипоспадии являются:

- а) стволовая;
- б) головчатая;
- в) аноректальная.

3. Гипоспадия характеризуется:

- а) укорочением полового члена;
- б) дистопией меатуса;
- в) искривлением кавернозных тел;
- г) сочетание с крипторхизмом.

4. Риск выявления сочетанных аномалий развития при гипоспадии:

- а) коррелирует с тяжестью гипоспадии;
- б) не коррелирует с тяжестью гипоспадии.

5. Показаниями к проведению оперативной коррекции гипоспадии служат:

- а) витальные показания;
- б) косметический дефект;
- в) меатостеноз;
- г) комбинированные аномалии развития;
- д) крипторхизм.

6. Выбор метода оперативной коррекции определяется:

- а) наличием меатостеноза;
- б) степенью искривления кавернозных тел;
- в) наличием сочетанных аномалий развития;
- г) дефицитом протяженности уретры.

7. Оптимальный возраст для оперативного лечения гипоспадии:

- а) до 3-х лет;
- б) 3-6 лет;
- в) 7-12 лет;
- г) пубертатный период.

8. Какое из следующих утверждений верно:

- а) гипоспадия – это возможное проявление нарушения половой дифференцировки;
- б) гипоспадия – это изолированный порок развития передней или задней уретры

9. Назовите самый распространенный метод диагностики гипоспадии:

- а) цистоуретроскопия;
- б) микционная цистоуретрография;
- в) экскреторная урография;
- г) уретрография;
- д) физикальный осмотр.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. а, б; 3. б; 4. а; 5. б, в; 6. б, г; 7. а; 8. а; 9. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №8 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. С какого визуализирующего метода необходимо начинать обследование пациента с подозрением на урологическую патологию:

- а) экскреторная урография;
- б) УЗИ брюшной полости и почек;
- в) нефросцинтиграфия;
- г) ренография;
- д) компьютерная томография.

2. Выберите наиболее радикальную операцию при гидронефрозе:

- а) интубационная уретеротомия;
- б) уретеролиз;
- в) уретеропиелоанастомоз по Хайнсу-Андерсону-Кучера;
- г) уретеропиелопластика по Фолею;
- д) уретероцистоанастомоз.

3. Определите из перечисленных операций паллиативную:

- а) пластика прилоханочного отдела мочеточника при гидронефрозе;
- б) игнипунктура при поликистозе;

- в) антирефлюксная операция;
- г) резекция оторванного полюса при травме почки;
- д) уретеролитотомия.

4. Определите операцию выбора при гидронефрозе:

- а) операция Фолея;
- б) операция Хайнса-Андерсона;
- в) резекция добавочного сосуда;
- г) уретеролиз;
- д) уретероуретероанастомоз.

5. Двухсторонняя тотальная макрогематурия бывает при:

- а) мочекаменной болезни;
- б) гидронефрозе;
- в) остром гломерулонефрите;
- г) опухоли почки;
- д) травме почки.

6. Синдром почечной колики характерен для:

- а) перемежающегося гидронефроза;
- б) пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- в) гипоплазии почки;
- г) поликистоза;
- д) гипоспадии.

7. Выберите методы определения функциональной способности почек:

- а) цистоскопия;
- б) проба Зимницкого;
- в) проба Нечипоренко;
- г) динамическая нефросцинтиграфия;
- д) восходящая уретеропиелография.

8. Выберите варианты операций, не являющихся оптимальными при абберантном сосуде, вызывающем гидронефроз:

- а) перевязка сосуда;

- б) резекция нижнего полюса;
- в) транспозиция aberrантного сосуда;
- г) антевазальная пиелоуретеростомия;
- д) лоскутная пластика.

9. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в-урография с лазерной нагрузкой) позволяет провести дифференциальный диагноз:

- а) сморщивание или гипоплазия почки;
- б) новообразование или киста почки;
- в) ОРВИ или апостематоз почки;
- г) пиелэктазия или гидронефроз;
- д) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.

10. Показанием к временному отведению мочи (пункционной нефростомой) при гидронефрозе служат:

- а) сочетание гидронефроза с мегауретером;
- б) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника;
- в) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии;
- г) сочетание гидронефроза с МКБ;
- д) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП.

11. Выберите диагностические методы исследования для выявления ПМР:

- а) экскреторная урография;
- б) урофлоуметрия;
- в) микционная цистоуретрография;
- г) компьютерная томография;
- д) радиоизотопная цистография.

12. Клиническими симптомами ПМР являются:

- а) олигоурия;
- б) цисталгия;
- в) энурез;
- г) инфекция мочевых путей;
- д) гематурия.

13. Выберите причины вторичного ПМР:

- а) цистит;
- б) гидронефроз;
- в) инфравезикальная обструкция;
- г) кисты почек;
- д) нейрогенный мочевой пузырь.

14. Выберите количество степеней ПМР по международной классификации:

- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5.

15. Укажите причины развития рефлюкс-нефропатии:

- а) хронический гломерулонефрит;
- б) пиелотубулярный рефлюкс при повышении внутрилоханочного давления;
- в) гидронефроз;
- г) удвоение почки;
- д) цистит.

16. В каком возрасте существует наибольший риск развития нефросклероза при ПМР у детей:

- а) первого года жизни;
- б) дошкольного возраста;
- в) младшего школьного возраста;
- г) старшего школьного возраста;
- д) возраст не имеет значения.

17. Консервативное лечение ПМР включает:

- а) антибактериальную терапию;
- б) длительную антибиотикопрофилактику;
- в) гормональную терапию;
- г) терапию НДМП (нейрогенной дисфункции мочевого пузыря);
- д) гемостатическую терапию.

18. Операцию Грегуара выполняют:

- а) трансуретральным доступом;
- б) внутрипузырным доступом;
- в) внепузырным доступом;

- г) комбинированным доступом;
- д) пневмозикоскопическим доступом.

19. Преимущества эндоскопического лечения ПМР:

- а) высокая эффективность (99%);
- б) малая травматичность;
- в) сокращение сроков стационарного лечения;
- г) возможность пиелопластики;
- д) использование лазеротерапии.

20. Эндоскопическая коррекция ПМР – это:

- а) инстилляцией препаратов в мочевой пузырь;
- б) эндоуретротомия;
- в) неоуретероцистанастомоз;
- г) электростимуляция;
- д) трансуретральное периуретеральное подслизистое введение имплантов.

21. Выберите ультразвуковые признаки, характерные для пренатальной диагностики врожденного мегауретера:

- а) мегацистис;
- б) дилатация мочеточника;
- в) олигогидроамнион;
- г) истончение почечной паренхимы;
- д) кистозная дегенерация почки.

22. Основным дифференциально-диагностическим методом определения рефлюксирующего и нерефлюксирующего характера мегауретера является:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) микционная цистоуретрография;
- в) экскреторная урография;
- г) динамическая нефросцинтиграфия;
- д) ретроградная уретрография.

23. Мегауретер, возникший после хирургического лечения пузырно-мочеточникового рефлюкса, является:

- а) первичным;
- б) вторичным;
- в) рефлюксирующим;
- г) пузырнозависимым;
- д) обструктивным.

24. Для оценки функционального состояния почки при врожденном мегауретере используют:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) экскреторную урографию;
- в) динамическую нефросцинтиграфию;
- г) микционную цистоуретрографию;
- д) восходящую уретеропиелографию.

25. Для хирургического лечения обструктивного врожденного мегауретера применяют перечисленные операции, кроме:

- а) операция Грегуара;
- б) операция Коэна;
- в) операция Политано-Лидбеттера;
- г) операция Хендрена;
- д) операция Хайнса-Андерсена-Кучера.

26. Показаниями для экстренного эндоскопического стентирования мочеточника при врожденном обструктивном мегауретере являются:

- а) пионефроз;
- б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс высокой степени;
- в) снижение функции почки;
- г) быстрое нарастание расширения чашечно-лоханочной системы и мочеточника;
- д) учащенные и болезненные мочеиспускания.

27. Показаниями для консервативного лечения нерезлюксирующего мегауретера являются:

- а) отсутствие обострений хронического пиелонефрита;
- б) стабильное состояние коллекторной системы почки и мочеточника;
- в) диаметр дистального отдела мочеточника менее 10 мм;
- г) снижение секреторно-эксcretорной функции почки менее 40%;
- д) выраженная извитость мочеточника.

28. В первую неделю послеоперационного периода после уретероцистонеоанастомоза возможны следующие осложнения, кроме:

- а) тампонада мочевого пузыря сгустками крови;
- б) рубцовое сужение неоустья мочеточника;
- в) обострение хронического пиелонефрита;
- г) возникновения пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- д) образования конкремента мочевого пузыря.

29. Консервативное лечение пациента с врожденным обструктивным мегауретером в послеоперационном периоде включает:

- а) антибактериальную терапию;
- б) гемостатическую терапию;
- в) обезболивание;
- г) гормональную терапию;
- д) физиотерапию.

30. Диспансерное наблюдение пациента с врожденным обструктивным мегауретером включает:

- а) ультразвуковое исследование почек через 1 мес. после операции, далее 1 раз в 3 мес.;
- б) контроль анализов мочи 1 раз в неделю первый месяц после операции, далее 1-2 раза в месяц;
- в) антибактериальную терапию по показаниям;
- г) фитотерапию;
- д) санаторно-курортное лечение.

31. Определите патогномичные методы исследования в диагностике клапанов задней уретры:

- а) УЗИ почек и мочеточников;
- б) урофлоуметрия;
- в) цистоманометрия;
- г) микционная цистоуретрография;
- д) компьютерная томография.

32. Клапаны задней уретры – это:

- а) складки слизистой мочеиспускательного канала;
- б) урогенитальный синус;
- в) расщепление бульбозного отдела уретры;

- г) пеноскротальный стеноз;
- д) фиброэластоз уретры.

33. Выберите метод диагностики, идентифицирующий клапаны задней уретры:

- а) электромиография промежности;
- б) цистоуретроскопия;
- в) восходящая уретрография;
- г) УЗИ мочевого пузыря;
- д) лапароскопия.

34. Выберите, какие симптомы из предложенных не характерны для КЗУ:

- а) уретроррагия;
- б) цисталгия;
- в) дневное недержание мочи;
- г) затрудненное мочеиспускание;
- д) свободное мочеиспускание.

35. Сколько типов клапанов задней уретры имеется:

- а) 1; б) 2; в) 3; г) 4; д) 5.

36. Выберите симптомы, характерные для КЗУ:

- а) редкие мочеиспускания широкой сильной струей;
- б) затрудненные мочеиспускания вялой тонкой струей;
- в) увеличенный пальпируемый мочевого пузыря с остаточной мочой;
- г) отсутствие позыва к мочеиспусканию;
- д) микроцистис.

37. Выберите антенатальные ультразвуковые симптомы, характерные для КЗУ:

- а) микроцистис;
- б) олигогидроамнион;
- в) мегацистис;
- г) увеличенные гиперэхогенные почки;
- д) симптом «замочной скважины».

38. Суправезикальная деривация мочи – это:

- а) уретростомия;
- б) эпицистостомия;
- в) уретерокутанеостомия;
- г) пиелостомия;
- д) уретероцистонеоанастомоз.

39. Устранение клапанной обструкции выполняют путем:

- а) электрокоагуляции;
- б) рассечения;
- в) криодеструкции;
- г) бужирования;
- д) лазеротерапии.

40. Неудержание мочи после устранения клапанной обструкции обусловлено:

- а) дилатацией уретры;
- б) отсутствием сфинктерного аппарата;
- в) гипертрофией детрузора;
- г) детрузорно-сфинктерной диссинергией;
- д) неустраненной клапанной обструкцией.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. в; 3. б; 4. б; 5. в; 6. а; 7. г; 8 а, б, в, д; 9. г; 10. в; 11. в, д; 12. г; 13. а, в, д; 14. д; 15. б; 16. а; 17. а, б, г; 18 в; 19. б, в; 20. д; 21. б; 22. б; 23. б; 24. б, в; 25. а, г, д; 26. а, г; 27. а, б, в; 28 б, д; 29. а, б, в, д; 30. а, б, в, г; 31. б, г; 32. а; 33. б; 34. а, б, д; 35. в; 36. б, в; 37. б, в, д; 38 в, г; 39. а, б; 40. г, д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №9 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- а) у девочек;
- б) у мальчиков;
- в) у больных старше 2-х лет;
- г) при часто ущемляющейся паховой грыже, независимо от возраста;
- д) у больных старше 5 лет.

2. В послеоперационный период после грыжесечения необходимы:

- а) физиотерапия;
- б) массаж;
- в) щадящий режим 2 недели;
- г) ограничение физической нагрузки на 1 год;
- д) постельный режим на 1 неделю.

3. Осложнения после грыжесечения обусловлены:

- а) техническими погрешностями;
- б) возрастом ребенка;
- в) степенью диспластических изменений;
- г) сопутствующими пороками;
- д) операцией по экстренным показаниям.

4. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости:

- а) от возраста ребенка;
- б) от сопутствующих пороков;
- в) от опыта хирурга;
- г) от операции в плановом или экстренном порядке;
- д) от пола ребенка.

5. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена:

- а) повышением внутрибрюшным давлением;
- б) диспропорцией кровеносной и лимфатической системы;
- в) травмой пахово-мошоночной области;
- г) незаращением вагинального отростка;
- д) инфекцией мочевыводящих путей.

6. Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка, кроме:

- а) сообщающаяся;
- б) несообщающаяся;
- в) посттравматическая;
- г) физиологическая;
- д) островозникшая.

7. Для островозникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

- а) появление припухлости в одной половине мошонки;
- б) ухудшение общего состояния;
- в) подъем температуры;
- г) резкая болезненность;
- д) гиперемия мошонки.

8. Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка производится со всеми следующими заболеваниями, кроме:

- а) паховой грыжи;
- б) крипторхизма;
- в) перекрута и некроза яичка;
- г) пахового лимфаденита;
- д) варикоцеле.

9. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного 1,5 лет предусматривает:

- а) оперативное лечение в плановом порядке;
- б) наблюдение до 3-4 лет;
- в) наблюдение до 1,5-2 лет и решение вопроса о плановой операции;
- г) пункцию;
- д) экстренную операцию.

10. Показанием к операции Винкельмана является:

- а) водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые;
- б) мутная водяночная жидкость;
- в) изменение оболочек яичка;
- г) облитерированный вагинальный отросток;
- д) все перечисленное.

11. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимы:

- а) физиотерапия;
- б) массаж;
- в) обычный образ жизни;
- г) ограничение физической нагрузки на 1 год;

д) постельный режим.

12. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:

- а) возрастом ребенка;
- б) сопутствующими пороками;
- в) запоздалой операцией;
- г) техническими погрешностями;
- д) патологией верхних мочевыводящих путей.

13. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:

- а) видом оперативного вмешательства;
- б) предшествующей гормональной терапией;
- в) попыткой лечения пункционным способом;
- г) сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы.

14. Полная облитерация влагалищного отростка брюшины заканчивается:

- а) к 28-32 неделям внутриутробной жизни;
- б) к рождению;
- в) к 1-му году;
- г) к 2-3 годам;
- д) сразу после рождения.

15. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:

- а) гормональный дисбаланс;
- б) диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов;
- в) незаращение влагалищного отростка брюшины;
- г) специфический процесс;
- д) патология мочевыделительной системы.

Ответы на тестовые задания:

1. д; 2. в; 3. а; 4. в; 5. б; 6. в; 7. а; 8. в; 9. в; 10. д; 11. в; 12. в; 13. а; 14. в; 15. б.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №10 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ»)

1. При каких закрытых травматических повреждениях мошонки и её органов всегда показано оперативное лечение:

- а) ушиб яичка;
- б) гематома мошонки;
- в) разрыв яичка;
- г) вывих яичка;
- д) ущемление яичка.

2. Больной 12 лет направлен с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. Яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка подтянуто к корню мошонки. Произведена пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости.

Дифференциальную диагностику следует провести:

- а) с ушибом яичка;
- б) с разрывом яичка;
- в) с травматическим перекрутом яичка;
- г) с перекрутом подвесок яичка;
- д) с липонекрозом мошонки.

3. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике острой травмы почки является:

- а) реоренография;
- б) цистоуретрография;
- в) цистоскопия;
- г) экскреторная урография;
- д) полипозиционная цистография.

4. Из перечисленных симптомов абсолютным для экстренного обнажения почки при её травме является:

- а) макрогематурия;
- б) шок;
- в) нарастающая припухлость в поясничной области;
- г) лихорадка, озноб, рвота;

д) боль.

5. Из перечисленных групп симптомов наиболее характерна для внебрюшинного разрыва мочевого пузыря:

- а) гематурия, дизурия, паравезикальная гематома;
- б) пиурия, гематурия, повышение температуры;
- в) тошнота, рвота, острая задержка мочи;
- г) гематурия, олигурия, почечная колика;
- д) боль, тошнота, пиурия.

6. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря у детей являются:

- а) острая задержка мочи, паравезикальная гематома;
- б) пиурия, гематурия;
- в) перитонеальная симптоматика, притупление в отлогих местах, олигурия;
- г) перелом костей таза, острая задержка мочи;
- д) почечная колика.

7. Основным методом диагностики травмы мочевого пузыря у детей является:

- а) экскреторная урография;
- б) цистоскопия;
- в) цистография;
- г) катетеризация мочевого пузыря;
- д) хромоцистоскопия.

8. Патогномичным симптомом полного разрыва уретры у детей является:

- а) гематурия;
- б) пиурия;
- в) острая задержка мочи;
- г) дизурия;
- д) альбуминурия.

9. Из перечисленных методов исследования наиболее информативным в диагностике разрыва уретры у детей является:

- а) экскреторная урография;
- б) восходящая уретрография;

- в) цистоскопия;
- г) урофлоуметрия;
- д) цистография.

10. При разрыве уретры у детей противопоказана:

- а) инфузионная урография;
- б) восходящая уретрография;
- в) нисходящая цистоуретрография;
- г) катетеризация мочевого пузыря;
- д) урофлоуметрия.

11. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

- а) отмечаемое увеличение при динамическом УЗИ паранефральной гематомы;
- б) нечеткость контура поврежденной почки;
- в) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
- г) эхо-признаки выпота в брюшной полости;
- д) нечеткость рисунка исследуемой почки.

12. Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является:

- а) вторичное сморщивание почки;
- б) вторичное камнеобразование;
- в) девиация мочеточника;
- г) ложный гидронефроз;
- д) некротический папиллит.

Ответы на тестовые задания:

1. в, д; 2. в; 3. г; 4. в; 5. а; 6. в; 7. в; 8. в; 9. б; 10. г; 11. а; 12. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №11 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)

1. Анатомо-физиологические особенности подкожножирового слоя у детей раннего возраста предрасполагают к:

- а) неограниченному распространению воспаления;

- б) ограничению воспалительного процесса;
- в) быстрому стиханию воспаления;
- г) образованию гнойных свищей;
- д) всему перечисленному.

2. Особенности течения гнойной инфекции у детей определяет:

- а) богатство лимфоидной ткани;
- б) генерализованный характер реакции;
- в) повышенная проницаемость естественных барьеров;
- г) относительная незрелость органов и тканей;
- д) все перечисленное.

3. Какова симптоматика гнойно-воспалительных заболеваний у детей:

- а) лихорадка;
- б) отказ от кормления;
- в) беспокойство;
- г) локальные изменения;
- д) все перечисленное.

4. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

- а) стафилококк;
- б) стрептококк;
- в) кишечная палочка;
- г) протей;
- д) все перечисленное одинаково часто.

5. Наиболее характерной особенностью стафилококковой инфекции у детей является:

- а) резистентность к воздействию внешней среды;
- б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам;
- в) широкая распространенность в окружающей среде;
- г) ни одно из перечисленных свойств;
- д) все перечисленное.

6. Экссудация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает в сроки:

- а) сутки;

- б) двое суток;
- в) трое суток;
- г) четверо суток;
- д) неделю.

7. Воспалительная инфильтрация, как одна из фаз течения местного раневого процесса, протекает в сроки:

- а) первые сутки;
- б) вторые-четвертые сутки;
- в) пятые-шестые сутки;
- г) седьмые-десятые сутки;
- д) невозможно определить.

8. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- а) на вторые-третьи сутки;
- б) на четвертые-шестые сутки;
- в) на седьмые-десятые сутки;
- г) к концу второй недели;
- д) спустя две недели.

9. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции является:

- а) лампасные разрезы;
- б) иссечение пораженных тканей;
- в) нейтрализация действия циркулирующих токсинов;
- г) коррекция нарушений гомеостаза;
- д) все перечисленное.

10. Основным источником госпитальной инфекции является:

- а) больной;
- б) персонал – носитель инфекции;
- в) раковины отделения;
- г) растворы, кремы, мази;
- д) все перечисленное.

11. Хирургическая обработка гнойной раны способствует:

- а) ускорению заживления раны;
- б) снижению интоксикации;
- в) купированию раневой инфекции;
- г) предупреждению генерализации инфекционного процесса;
- д) всему перечисленному.

12. Наиболее целесообразным способом анестезии при хирургической обработке гнойной раны у ребенка является:

- а) общая анестезия;
- б) местная инфильтрационная анестезия;
- в) местная проводниковая анестезия;
- г) местная анестезия хлорэтилом;
- д) выбор по индивидуальным показаниям.

13. Наиболее целесообразным методом лечения абсцесса мягких тканей является:

- а) обработка кожи растворами антисептиков;
- б) антибактериальная терапия;
- в) УФ-облучение;
- г) вскрытие, дренирование;
- д) инфузионная терапия.

14. Основным действующим фактором при активном дренировании гнойной раны является:

- а) механическое очищение очага;
- б) антибактериальное действие;
- в) предупреждение распространения воспалительного процесса;
- г) предупреждение генерализации воспалительного процесса;
- д) все перечисленное.

15. Наиболее эффективным методом дренирования гнойной раны является:

- а) одинарная трубка для пассивного оттока;
- б) резиновый выпускник;
- в) марлевый тампон;
- г) активное дренирование;
- д) индивидуальный подход.

16. Первично отсроченный шов при гнойной ране выполняется в сроки:

- а) 3-4-й день;
- б) 5-6-й день;
- в) 7-10-й день;
- г) 10-12-й день;
- д) индивидуально.

17. Основным достоинством вторичных швов при гнойной ране является:

- а) сокращение сроков заживления раны;
- б) снижение опасности госпитального инфицирования раны;
- в) уменьшение потерь с раневым отделением;
- г) улучшение косметических результатов;
- д) все перечисленное.

18. Необходимыми условиями для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- а) полное очищение раны от некротических тканей;
- б) отсутствие выраженных воспалительных изменений краев раны;
- в) возможность сопоставления раны без натяжения;
- г) активное дренирование после ушивания раны;
- д) весь комплекс перечисленных условий.

19. Назовите «входные ворота» инфекции, наиболее типичные для флегмоны новорожденного:

- а) желудочно-кишечный тракт;
- б) кожа;
- в) пупочная ранка;
- г) зев.

20. Выберите местные признаки, НЕ характерные для флегмоны новорожденного:

- а) флюктуация;
- б) инфильтрация кожи;
- в) четкая граница гиперемии кожи;
- г) выпот в смежных суставах;
- д) выделение гноя из точечных свищей;
- е) гиперемия с синюшным оттенком.

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

- а) паронихий;
- б) кожный панариций;
- в) флегмона;
- г) абсцесс;
- д) подкожный панариций.

22. У ребенка в области концевой фаланги указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:

- а) паронихию;
- б) кожному панарицию;
- в) подкожному панарицию;
- г) подногтевому панарицию;
- д) флегмоне.

23. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли, под ногтем – скопление гноя. Температура тела повышена. Наиболее вероятный диагноз:

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

24. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3 дней. Местно: отек тканей, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации.

Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- а) паронихию;
- б) кожному панарицию;
- в) подкожному панарицию;
- г) подногтевому панарицию;
- д) костному панарицию.

25. У ребенка 10 лет пятый день боли в области ногтевой фаланги. Ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация тканей. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина позволяет поставить диагноз:

- а) кожного панариция;
- б) подкожного панариция;
- в) подногтевого панариция;
- г) костного панариция;
- д) сухожильного панариция.

26. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:

- а) на 1-2-й день болезни;
- б) на 4-6-й день болезни;
- в) на 7-9-й день болезни;
- г) на 10-12-й день болезни;
- д) на 13-15-й день болезни.

27. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти. Выраженный отек, особенно тыла кисти. Пальпация и движения резко болезненны. Гипертермия. Наиболее вероятный диагноз:

- а) флегмона кисти;
- б) подкожный панариций;
- в) костный панариций;
- г) сухожильный панариций;
- д) кожный панариций.

28. У ребенка фурункул в области нижней губы. Ему не следует предпринимать:

- а) госпитализацию;
- б) антибиотикотерапию;
- в) физиотерапию;
- г) мазовые повязки;
- д) радикальное оперативное вмешательство.

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

- а) фурункулез;
- б) псевдофурункулез;
- в) абсцессы подкожной клетчатки;
- г) флегмона;
- д) рожистое воспаление.

30. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Указанная клиническая картина характерна для:

- а) фурункулеза;
- б) карбункула;
- в) флегмоны;
- г) абсцесса;
- д) рожистого воспаления.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. д; 3. д; 4. а; 5. д; 6. а; 7. б; 8. б; 9. д; 10. д; 11. д; 12. а; 13. г; 14. а; 15. г; 16. б; 17. д; 18. д; 19. б, в; 20. г; 21. а; 22. б; 23. в; 24. в; 25. г; 26. г; 27. а; 28. д; 29. б; 30. в. 12. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №12 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)

1. Какой отдел кости чаще поражается при гематогенном остеомиелите у старших детей:

- а) эпифизы;
- б) надкостница;
- в) ростковый хрящ;
- г) метафизы;
- д) диафиз.

2. Для острого гематогенного остеомиелита у старших детей характерны ранние симптомы:

- а) острое начало;
- б) постепенное начало;
- в) стойкая гипертермия выше 38° С;
- г) нарушение функции;
- д) резкая локальная боль;
- е) вынужденное положение конечности;

- ж) боль при перкуссии;
- з) припухлость и боль в области сустава.

3. Рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита:

- а) линейная периостальная реакция;
- б) нечеткость структуры костных балок;
- в) наличие очагов деструкции в метафизе;
- г) расширение суставной щели;
- д) игольчатый периостит;
- е) периостальный «козырек»;
- ж) симптом «луковичной кожуры».

4. Первые рентгенологические изменения при метафизарном гематогенном остеомиелите у ребенка старшего возраста появляются:

- а) в течение первой недели болезни;
- б) в начале 3 недели;
- в) на 3-4 неделе;
- г) через месяц;
- д) в течение второго месяца болезни.

5. Местное лечение острого гематогенного остеомиелита у старших детей заключается:

- а) во вскрытии остеомиелитической флегмоны без вмешательства на кости;
- б) в остеоперфорации и дренировании флегмоны;
- в) в проточном промывании костно-мозгового канала;
- г) в иммобилизации конечности;
- д) в максимально щадящем консервативном лечении: иммобилизация, тепло, мажевые повязки.

6. Выберите симптомы, характерные для острого остеомиелита:

- а) постепенное начало;
- б) высокая температура тела;
- в) нарастающая интоксикация, адинамия;
- г) летучие боли в суставах;
- д) изменения со стороны сердца;
- е) резкие боли в конечности, имеющие постоянную локализацию;
- ж) болевая контрактура суставов;

- з) нарастающие признаки местного воспаления;
- и) гиперлейкоцитоз.

7. Выберите типичные симптомы эпифизарного остеомиелита у детей раннего возраста:

- а) рвота;
- б) беспокойство при пеленании;
- в) «псевдопарез»;
- г) ограничение активных движений в суставе;
- д) расстройство стула;
- е) припухлость сустава;
- ж) инфильтрация тканей по ходу кости.

8. Выберите основные клинические особенности остеомиелита детей раннего возраста:

- а) начало заболевания с подъема температуры до высоких цифр;
- б) многократная рвота токсического характера;
- в) беспокойство при пеленании;
- г) отказ от груди;
- д) относительно частое поражение костей черепа;
- е) множественное поражение костей;
- ж) преобладающее поражение эпифизов.

9. У ребёнка с подозрением на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной. Дальнейшие действия включают:

- а) измерение внутрикостного давления;
- б) дополнительную остеоперфорацию;
- в) ушивание раны;
- г) промывание костномозгового канала;
- д) дренирование раны.

10. У ребёнка с подозрением на острый остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия включают:

- а) дополнительную остеоперфорацию;
- б) измерение внутрикостного давления;
- в) промывание костномозгового канала;
- г) дренирование раны;
- д) ушивание раны.

11. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки из стационара. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограммах – конструкция кости с формированием секвестра. Указанный вариант течения заболевания следует расценить:

- а) как обрывной;
- б) как затяжной;
- в) как хронический;
- г) как местный;
- д) как септикопиемический.

12. При остром гематогенном остеомиелите продолжительность острого периода заболевания составляет:

- а) до 1 мес.;
- б) до 2-3 мес.;
- в) до 4-8 мес.;
- г) до 8-10 мес.;
- д) до 1 года.

13. Ребёнок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на третьи сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое, выражена интоксикация.

Пневмония. Ребенку необходима:

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

14. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показаны:

- а) оперативное вмешательство по Ворончихину;
- б) секвестрэктомия;
- в) наблюдение;
- г) курс физиотерапии;
- д) внутрикостное введение антибиотиков.

15. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при диффузном деструктивном поражении кости без образования секвестров показаны:

- а) множественные чрескожные остеоперфорации;
- б) радикальная санация пораженного участка;
- в) наблюдение;
- г) курс физиотерапии;
- д) установка внутрикостно игл, местное подведение антибиотиков.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а, в, г, д, е, ж; 3. а, б, в; 4. б; 5. б, г; 6. б, в, е, ж, з, и; 7. б, в, г, е; 8. в, д, е, ж; 9. б; 10. б; 11. в; 12. б; 13. б; 14. б; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №13 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Бактериемия – это:

- а) циркуляция возбудителя в спинномозговой жидкости;
- б) циркуляция возбудителя в крови;
- в) проникновение возбудителя через сосудистую стенку;
- г) миграция возбудителя из первичного очага;
- д) ничего из перечисленного.

2. Причиной увеличения числа больных с хирургическим сепсисом является:

- а) изменения сопротивляемости микроорганизма;
- б) резистентность микрофлоры к антибактериальным препаратам;
- в) увеличение хирургической активности;
- г) распространенность внутригоспитальной инфекции;
- д) все перечисленное.

3. Условием успешной диагностики сепсиса новорожденных является наличие факторов возможного инфицирования новорожденного со стороны матери. Из них наиболее важный:

- а) токсикозы беременности;
- б) обострение во время беременности хронической инфекции урогенитальной сферы;
- в) предшествующие аборты и выкидыши;
- г) угроза выкидыша;
- д) острая респираторно-вирусная инфекция во время беременности.

4. Понятие «хирургический сепсис» у детей определяет:

- а) общее тяжелое инфекционное заболевание;
- б) наличие местного очага инфекции;
- в) изменение реактивности организма;
- г) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии;
- д) все перечисленное.

5. Патогенез хирургического сепсиса определяет:

- а) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность);
- б) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений);
- в) неспецифическая реактивность организма;
- г) специфическая реактивность организма;
- д) все перечисленное.

6. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- а) в первичном очаге;
- б) во вторичном очаге;
- в) в крови;
- г) в зависимости от индивидуальных особенностей;
- д) в любом из перечисленных.

7. У новорожденного с нагноившейся кефалогематомой могут развиваться:

- а) длительно незаживающая рана;
- б) сепсис;
- в) контактный остеомиелит;
- г) образование обширных дефектов кожи головы;
- д) все перечисленное.

8. Определяющим принципом терапии сепсиса является:

- а) санация очага;
- б) иммунокоррекция;
- в) подавление возбудителя;
- г) управляемая гипокоагуляция;
- д) все перечисленное в комплексе.

9. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- а) внезапное ухудшение состояния больного;
- б) резкое уменьшение диуреза;
- в) резкое нарушение микроциркуляции;
- г) появление одышки, гипервентиляции, дыхательный алкалоз, гипоксемия;
- д) все перечисленное.

10. Применение кортикостероидов при гнойной инфекции нецелесообразно вследствие:

- а) угнетение иммунитета;
- б) повышения катаболизма;
- в) опасности желудочно-кишечного кровотечения;
- г) опасности генерализации инфекции;
- д) всего перечисленного.

11. Основанием для использования глюкокортикоидов является:

- а) септический шок и токсико-аллергическая реакция;
- б) септикопиемия;
- в) септицемия;
- г) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- д) все перечисленное.

12. Показаниями к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса являются:

- а) тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционным процессом;
- б) дыхательные расстройства и сердечно-сосудистая недостаточность;
- в) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами;
- г) тяжелые повреждения паренхиматозных органов;
- д) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. д; 3. б; 4. д; 5. д; 6 в; 7. д; 8. д; 9. д; 10. д; 11. а; 12. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №14 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу являются:

- а) побледнение конечности, резкая болезненность;
- б) побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса;
- в) побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности;
- г) синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс;
- д) характерных клинических проявлений нет.

2. При открытых переломах кости с повреждением сосудов, нервов и сухожилий лечение включает:

- а) выведение больного из шока, временную остановку кровотечения, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны;
- б) временную остановку кровотечения, противошоковую терапию, хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раны;
- в) хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, выведение больного из шока;
- г) хирургическую обработку раны, остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, остеосинтез;
- д) остеосинтез, шов нерва, сосудистый шов, выведение больного из шока, ушивание раны.

3. Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей:

- а) прямой удар в область спины;
- б) падение на отведенную руку;
- в) падение на приведенную руку;
- г) форсированные вращательные движения руки в плечевом суставе;
- д) падение на спину в максимальном сгибании позвоночника.

4. При подозрении на перелом лопатки рентгенографию целесообразно выполнить:

- а) в прямой, косой и боковой проекции;
- б) в прямой и косой;
- в) в косой проекции;

- г) в прямой проекции;
- д) в боковой проекции.

5. Оптимальным методом лечения поднадкостничного перелома лопатки является:

- а) повязка Дезо;
- б) открытая репозиция + повязка Дезо;
- в) закрытая репозиция + повязка Дезо;
- г) пункция гематомы с целью её удаления + фиксирующая повязка;
- д) не требует лечения.

6. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:

- а) в средней трети;
- б) в зоне клювовидного отростка;
- в) на границе средней и медиальной трети ключицы;
- г) на границе средней и латеральной трети ключицы;
- д) у стернального конца ключицы.

7. При переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:

- а) повязка Дезо;
- б) торакобрахиальная повязка;
- в) шино-гипсовая 8-образная повязка;
- г) костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко;
- д) фиксация не требуется.

8. Оперативное лечение перелома ключицы не показано:

- а) при оскольчатом переломе с благоприятным расположением отломков;
- б) при оскольчатом переломе с угрозой повреждения мягких тканей;
- в) при оскольчатом переломе с угрозой повреждения подключичной вены;
- г) при оскольчатом переломе с неблагоприятным расположением отломков;
- д) при открытом переломе ключицы.

9. При вколоченном переломе шейки плечевой кости без смещения в плечевом суставе нарушается:

- а) отведение;

- б) приведение;
- в) сгибание;
- г) разгибание;
- д) все виды движения сохранены.

10. Клинически диагностировать перелом плечевой кости у детей в средней трети возможно на основании:

- а) нарушения движения;
- б) нарушения движения и припухлости;
- в) нарушения движения, припухлости и деформации;
- г) нарушения движения, припухлости, деформации и патологической подвижности;
- д) всего вместе взятого и крепитации отломков.

11. Показания к оперативному лечению чаще всего возникают:

- а) при внутрисуставных повреждениях плечевой кости;
- б) при метафизарных повреждениях плечевой кости;
- в) при метадиафизарных повреждениях плечевой кости;
- г) при диафизарных повреждениях плечевой кости;
- д) оперативное лечение противопоказано на всех уровнях.

12. Из перечисленных нервов страдают чаще других при отрывном переломе внутреннего надмыщелка плечевой кости:

- а) локтевой;
- б) медиальный;
- в) лучевой;
- г) мышечно-кожный.

13. Иммобилизация верхней конечности при переломе костей предплечья в нижней трети производится:

- а) циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- б) гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов;
- в) гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча;
- г) гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча;
- д) циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава.

14. Переломо-вывих Монтеджа – это:

- а) вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой;
- б) вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети;
- в) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья;
- г) вывих локтевой кости и перелом лучевой кости;
- д) вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке.

15. Переломо-вывих Галиацци – это:

- а) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети – на другой;
- б) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
- в) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
- г) вывих лучевой кости с переломом в средней трети;
- д) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.

16. Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

- а) циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- б) гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов;
- в) гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра;
- г) гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра;
- д) циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава.

17. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в:

- а) шейном отделе;
- б) верхне-грудном отделе;
- в) средне-грудном отделе;
- г) нижне-грудном отделе;
- д) поясничном отделе.

18. Перелом грудного отдела позвоночника возникает при падении:

- а) на грудь;
- б) на спину;
- в) на ягодицы;

- г) на ноги;
- д) на голову.

19. При неосложненном компрессионном переломе позвоночника в среднегрудном отделе у детей в первые часы после травмы имеют место:

- а) локальная болезненность, деформация;
- б) болезненность при осевой нагрузке;
- в) локальная болезненность, затрудненное дыхание;
- г) болезненность при осевой нагрузке, неврологическая симптоматика;
- д) нарушение функций тазовых органов.

20. Для больного с переломом позвоночника и костей таза при транспортировке оптимальным положением является:

- а) на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»: голова – торс – таз – конечности на одном уровне;
- б) на боку, на носилках;
- в) на носилках в положении «лягушки»;
- г) на щите, на животе;
- д) не имеет значения.

21. Критерием, по которому оценивают степень тяжести черепно-мозговой травмы, является:

- а) состояние сознания;
- б) состояние жизненно-важных функций;
- в) состояние чувствительной реакции на боль;
- г) глазные реакции;
- д) все перечисленное.

22. Оптимальный объем диагностического обследования при черепно-мозговой травме включает:

- а) осмотр невропатолога, краниографию, УЗИ и компьютерную томографию;
- б) рентгенографию, УЗИ;
- в) пневмоэнцефалографию, УЗИ, компьютерную томографию;
- г) ангиографию;
- д) электроэнцефалографию.

23. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:

- а) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
- б) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику;
- в) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту;
- г) глубокую кому после сомнительной связи с травмой;
- д) гемипарез при ясном сознании.

24. К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится:

- а) коммоционный синдром;
- б) подболоочечное кровоизлияние;
- в) ушиб головного мозга;
- г) родовая черепно-мозговая травма;
- д) внутричерепная гематома.

25. При односторонней эпи- или субдуральной гематоме имеет место следующий симптомокомплекс:

- а) краткая потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия;
- б) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки;
- в) «светлый промежуток», гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности;
- г) общемозговая симптоматика, повышение температуры;
- д) тетраплегия, ясное сознание.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. а; 3. а; 4. а; 5. а; 6 а; 7. а; 8. а; 9. д; 10. д; 11. а; 12. а; 13. г; 14. д; 15. в; 16. г; 17. в; 18. б; 19. в; 20. а; 21. д; 22. а; 23. а; 24. д; 25. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №15 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)

1. Классификация степеней ожога, принятая на 27-м съезде хирургов в 1960 году:

- а) I, II, III, IV степень;
- б) I, II, III, IV, V степень;
- в) I, II, III степень;
- г) I, II, IIIA, IIIB, IV степень.

2. В чём принципиальная разница между ожогами IIIА и IIIБ степеней:

- а) при ожоге IIIА степени возможно восстановление кожного покрова;
- б) при ожоге IIIБ степени сроки эпителизации значительно дольше, чем при IIIА степени;
- в) при ожоге IIIА степени реже развивается шок;
- г) при ожоге IIIБ степени поражается подкожножировая клетчатка.

3. Клиническая разница между ожогами IIIА и IIIБ степеней:

- а) при ожоге III степени нет некроза;
- б) при ожоге IIIБ степени ногтевые пластинки и волосы легко удаляются из зоны ожога;
- в) при ожоге IIIБ степени виден струп чёрного цвета;
- г) при ожоге IIIА степени полностью отсутствует чувствительность.

4. Какой метод определения площади ожогов целесообразнее применять у детей:

- а) метод Постникова;
- б) метод Вилявина;
- в) правило «девятки»;
- г) правило «ладони».

5. Прогноз неблагоприятен при индексе Франка, равном:

- а) 60-90 ЕД;
- б) 30-60 ЕД;
- в) 90-130 ЕД;
- г) свыше 130 ЕД.

6. Причина поражения верхних дыхательных путей при ожоге:

- а) непосредственное воздействие высокой температуры и продуктов горения;
- б) воздействие продуктов горения и нарушение микроциркуляции вследствие шока;
- в) непосредственное воздействие высокой температуры вдыхаемого воздуха;
- г) высокая температура вдыхаемого воздуха, нарушение микроциркуляции на фоне шока, снижение вентиляции легких.

7. Поражение дыхательных путей по индексу Франка равно:

- а) 10 ЕД;
- б) 20 ЕД;

в) 30 ЕД;

г) 40 ЕД.

8. Угроза ожоговой болезни у детей возникает при поражении:

а) до 5%;

б) до 5-10%;

в) до 10-15%;

г) свыше 15%.

9. Периоды ожоговой болезни развиваются в следующей последовательности:

а) шок, ожоговая токсемия, токсикопиемия, реконвалесценция;

б) шок, токсикопиемия, реконвалесценция, ожоговая токсемия;

в) шок, ожоговая токсемия, реконвалесценция, токсикопиемия;

г) ожоговая токсемия, шок, токсикопиемия, реконвалесценция.

10. Характерная особенность ожогового шока:

а) длительная эректильная фаза;

б) очень короткая продолжительность эректильной фазы;

в) продолжительность эректильной фазы, как при травматическом шоке;

г) нет торпидной фазы.

11. Особенность обезболивания у детей при ожоговом шоке:

а) наркотики в возрасте до 2-х лет не применяются;

б) применяется в возрасте до 2-х лет только промедол в возрастной дозировке;

в) возможно применение в возрасте до 5-и лет промедола и марадола;

г) при ожоговом шоке применяются наркотики или вещества для в/в анестезии.

12. Особенности течения ожогов у детей:

а) чаще формируется сухой некроз;

б) струп отторгается медленнее;

в) чаще бывают нагноения;

г) нагноения возникают реже.

13. Основной метод лечения глубоких ожогов:

а) пластика расщепленным лоскутом;

- б) итальянская пластика;
- в) пластика стеблем Филатова;
- г) пересадка кожи по Тиршу.

14. При получении химического ожога следует промыть пораженное место проточной водой в течение:

- а) 1-2 минут;
- б) 5-10 минут;
- в) 15 минут;
- г) 20-30 минут.

15. Кислоты вызывают:

- а) творожистый некроз;
- б) коагуляционный некроз;
- в) рыхлый некроз;
- г) поверхностный некроз.

16. Какие факторы делают организм более устойчивым к электротравме:

- а) тахикардия;
- б) гипоксия;
- в) отсутствие перегревания организма;
- г) низкие цифры калия крови.

17. В какой степени опасны петли тока для организма (указать последовательность от менее к более опасным):

- а) одинаково опасны;
- б) нижняя петля, верхняя петля, полная петля;
- в) верхняя петля, нижняя петля, полная петля;
- г) полная петля, верхняя петля, нижняя петля.

18. При наличии удовлетворительного самочувствия и ясного сознания у пострадавшего после электротравмы необходимо:

- а) снять ЭКГ;
- б) наблюдать в течение часа;
- в) транспортировать с готовностью проводить реанимацию;
- г) наблюдать не менее 2-х часов и снять ЭКГ.

19. Отморожению способствуют:

- а) повышенная влажность воздуха;
- б) тесная одежда или обувь;
- в) гиповитаминоз;
- г) генетическая обусловленная непереносимость холода;
- д) все ответы правильны.

20. Основной причиной отморожения является:

- а) нарушение микроклимата;
- б) ишемия тканей, которую обуславливает замедление кровотока;
- в) недостаток витаминов;
- г) повышенная влажность и ветер.

21. Принято различать следующие периоды отморожений:

- а) реактивный, дореактивный;
- б) скрытый, дореактивный;
- в) скрытый, реактивный;
- г) скрытый, дореактивный, реактивный.

22. Развитию отморожения типа «траншейная стопа» способствует не только холод, но и длительный порывистый ветер, а также повышенная влажность:

- а) да;
- б) нет.

23. Натирание отмороженных участков тела снегом:

- а) целесообразно, т.к. это средство используется в народной медицине;
- б) бесполезно;
- в) вредно, т.к. повреждение кожи грозит инфицированием.

24. В дореактивном периоде при отогревании отмороженной конечности по методу Голомидова нет необходимости:

- а) укутывать конечность в ватное одеяло;
- б) назначать горячее питье;

- в) в/в вводить подогретые растворы, реополиглюкин;
- г) погружать конечность в теплую воду.

25. Для отморожений II степени характерно:

- а) поражение поверхностного слоя кожи и нарушение кровообращения;
- б) некроз поверхностного (вплоть до мальпигиева) слоя кожи;
- в) сухое инфицирование тканей.

26. При отморожениях IV степени окончательные размеры гибели тканей можно установить:

- а) сразу;
- б) через несколько часов;
- в) через 1-2 суток;
- г) через 4-6 суток.

27. Следует ли при отморожениях проводить иммунизацию против столбняка:

- а) не следует;
- б) следует всегда;
- в) не следует при отморожениях I степени.

28. При отморожении III и IV степени некротомию целесообразно проводить на:

- а) 1-2 сутки;
- б) 3-5 сутки;
- в) 8-10 сутки;
- г) 12-17 сутки.

29. При ранней некротомии мёртвые ткани рассекаются до:

- а) костей;
- б) мышц;
- в) появления капиллярного кровотечения;
- г) появления артериального кровотечения.

30. После неоднократных поверхностных отморожений кожа становится синюшной и немного инфильтрированной – это:

- а) «траншейная стопа»;
- б) отморожение I степени;

- в) ознобление;
- г) влажное замораживание.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а; 3. б; 4. г; 5. в; 6. а; 7. в; 8. б; 9. а; 10. а; 11. а; 12. в; 13. а; 14. г; 15. б; 16. в; 17. б; 18. в; 19. д; 20. б; 21. а; 22. а; 23. в; 24. г; 25. б; 26. г; 27. в; 28. б; 29. в; 30. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №16 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)

1. Выберите причину врождённого вывиха бедра:

- а) родовая травма;
- б) недоразвитие элементов тазобедренного сустава;
- в) злоупотребление беременной алкоголем.

2. В каком случае можно заподозрить врождённый вывих бедра:

- а) ребёнок ведёт себя беспокойно;
- б) ребёнок плохо прибавляет в весе;
- в) у ребёнка ограничение отведения бедра.

3. Симптом «щелчка» характерен для:

- а) врождённой кривошеи;
- б) врождённого вывиха бедра;
- в) врождённой косолапости.

4. Симптомами врожденного вывиха бедра являются:

- а) ограничение отведения бедра;
- б) асимметрия складок на бедре;
- в) укорочение конечности;
- г) наружная ротация конечности;
- д) все перечисленные признаки.

5. Какие шины применяют при лечении врождённого вывиха бедра:

- а) Дитерихса;
- б) Волкова;

в) Крамера.

6. Для врожденной косолапости характерны:

- а) эквинус, варус и аддукция;
- б) эквинус, вальгус и абдукция;
- в) тыльное сгибание стопы, эверсия и абдукция.

7. Этиопатогенез врожденной мышечной кривошеи:

- а) порок развития грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
- б) травма при родах;
- в) неправильное положение плода;
- г) воспалительная теория;
- д) ишемия сердца.

8. Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются:

- а) в первые 3-5 дней после рождения;
- б) на 10-14 день после родов;
- в) в месячном возрасте;
- г) в 3-месячном возрасте;
- д) клинические симптомы до 1 года не выражены.

9. Неправильное положение головы при врожденной мышечной кривошее выражается:

- а) наклоном головы в сторону пораженной мышцы;
- б) поворотом головы в здоровую сторону;
- в) поворотом головы в пораженную сторону;
- г) наклоном головы в здоровую сторону;
- д) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную.

10. Консервативное лечение кривошеи следует начинать:

- а) с момента выявления;
- б) в 2-недельном возрасте;
- в) 2-5 месяцев;
- г) 0,5-1 год;
- д) после 1 года.

11. Оперативное лечение кривошеи при неэффективности консервативного показано:

- а) до 5 месяцев;
- б) до 1 года;
- в) до 2 лет;
- г) до 3 лет;
- д) в 3-4 года.

12. Абсолютными показаниями к оперативному лечению кривошеи являются:

- а) нарастающая асимметрия лица;
- б) нарушение осанки;
- в) нарушение остроты зрения;
- г) стробизм сходящийся и расходящийся;
- д) нарушения осанки и зрения.

13. Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является:

- а) проксимальный эпифиз плечевой кости;
- б) дистальный эпифиз плечевой кости;
- в) проксимальный эпифиз бедренной кости;
- г) дистальный эпифиз бедренной кости;
- д) проксимальный эпифиз большеберцовой кости.

14. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизиолиза дистального конца плечевой кости, является:

- а) деструкция метафиза плечевой кости;
- б) наличие видимого костного отломка;
- в) нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья;
- г) видимая костная мозоль;
- д) луковичный периостит.

15. Типичной ошибкой при акушерском пособии, в результате которой происходит перелом ключицы, является:

- а) неправильное выведение заднего плечика;
- б) неправильное выведение переднего плечика;
- в) тракция плода за тазовый конец;
- г) поворот плода за ручку;

д) несвоевременная стимуляция родовой деятельности.

16. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:

- а) гематома в области плечевого сустава;
- б) крепитация отломков;
- в) гемипарез;
- г) реакция на болевое ощущение при пеленании;
- д) нарушение кровообращения.

17. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:

- а) фиксация ручки к туловищу ребенка;
- б) лейкопластырное вытяжение;
- в) гипсовая повязка;
- г) повязка Дезо;
- д) торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°).

18. При выборе факторов, связанных с возникновением родовой черепной травмы, в основном является:

- а) механический;
- б) токсикоз, заболевание сердечно-сосудистой системы;
- в) внутриутробная гипоксия плода;
- г) неправильное положение плода;
- д) многофакторный генез, включающий все вышеперечисленные факторы.

19. Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:

- а) лечения не требует;
- б) интенсивную инфузионную терапию;
- в) хирургическую коррекцию методом репозиции;
- г) резекционную трепанацию черепа;
- д) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой.

20. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

- а) печень, селезенка;
- б) тонкая кишка;
- в) толстая кишка;
- г) мочевого пузыря;
- д) почки.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. в; 3. в; 4. д; 5. б; 6. б; 7. а; 8. б; 9. д; 10. а; 11. д; 12. а; 13. б; 14. в; 15. а; 16. г; 17. д; 18. д; 19. в; 20. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №17 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки»)

1. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

- а) порок развития сосудов пуповины;
- б) незаращение апоневроза пупочного кольца;
- в) воспаление пупочных сосудов;
- г) портальная гипертензия;
- д) родовая травма.

2. У ребенка 1 года пупочная грыжа, дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- а) экстренное оперативное вмешательство;
- б) операцию в плановом порядке по достижении 2 лет;
- в) наблюдение в динамике;
- г) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров;
- д) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

3. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует:

- а) по установлении диагноза;
- б) до 1 года;
- в) до 2 лет;
- г) после 3 лет;

д) 4-5 лет.

4. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу пупочной грыжи необходимы:

- а) постельный режим;
- б) протертый стол;
- в) обычный образ жизни;
- г) физиотерапия;
- д) ношение бандажа.

5. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее часто имеет место:

- а) расхождение швов;
- б) нагноение послеоперационной раны;
- в) рецидив;
- г) запоры;
- д) гладкое течение без осложнений.

6. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- а) повышение внутрибрюшного давления;
- б) слабость мышц передней брюшной стенки;
- в) дисплазия соединительной ткани;
- г) родовая травма;
- д) воспалительные заболевания передней брюшной стенки.

7. Для грыжи белой линии наиболее характерным является:

- а) наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- б) приступообразные боли в животе;
- в) тошнота и рвота;
- г) диспепсические явления;
- д) гиперемия и припухлость.

8. Показанием к срочной операции при грыже белой линии является:

- а) установление диагноза;
- б) болевой симптом;
- в) косметический дефект;
- г) сопутствующие диспепсические явления;

д) отставание в физическом развитии.

9. Грыжа белой линии живота, не вызывающая нарушения общего состояния ребенка, должна оперироваться:

- а) до 1 года;
- б) 1-3 года;
- в) после 3 лет;
- г) старше 5 лет;
- д) после 10 лет.

10. Наиболее часто в детской практике при грыже белой линии живота применяется:

- а) ушивание апоневроза узловыми швами;
- б) аутодермопластика кожными лоскутами;
- в) подшивание синтетических материалов;
- г) операция Лойа;
- д) пластика с широкой фасцией бедра.

11. В ближайшем послеоперационном периоде по поводу грыжи белой линии живота возможны следующие осложнения:

- а) рецидив грыжи;
- б) кровотечение;
- в) расхождение швов;
- г) нагноение послеоперационной раны;
- д) деформация брюшной стенки.

12. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является:

- а) боль в паховой области;
- б) тошнота и рвота;
- в) хронические запоры;
- г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;
- д) необоснованный подъем температуры.

13. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:

- а) возраст ребенка;
- б) частое ущемление;

- в) установление диагноза;
- г) возраст после 2 лет;
- д) возраст после 5 лет.

14. Оптимальным доступом для операции по поводу бедренных грыж у детей является:

- а) поперечный разрез выше пупартовой связки;
- б) косой разрез;
- в) косо-поперечный разрез ниже пупартовой связки;
- г) вертикальный разрез.

15. Наиболее опасным осложнением во время операции по поводу бедренной грыжи является:

- а) повреждение элементов семенного канатика;
- б) повреждение бедренной вены;
- в) повреждение паховой связки;
- г) повреждение нервного пучка;
- д) повреждение бедренной артерии.

Ответы на тестовые задания:

1. б; 2. г; 3. г; 4. в; 5. д; 6. в; 7. а; 8. б; 9. в; 10. а; 11. д; 12. г; 13. в; 14. а; 15. б.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №18 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Образование аноректальных пороков происходит в период эмбриогенеза:

- а) на 4-8 неделе;
- б) на 12-15 неделе;
- в) на 20-22 неделе;
- г) на 25-27 неделе;
- д) на 36 неделе.

2. Классификация атрезий ануса по уровню определяется:

- а) по отношению к поверхности кожи;
- б) по отношению к краю лонного сочленения;
- в) по отношению к костям таза;
- г) по отношению к m. levatorani;

д) по отношению к брюшине.

3. Наиболее часто встречающимся вариантом порока аноректальной области является:

- а) атрезия заднего прохода;
- б) атрезия заднего прохода и прямой кишки;
- в) атрезия прямой кишки;
- г) атрезия прямой кишки свищевая;
- д) клоака.

4. Какие варианты свищевых форм НЕ встречаются у девочек:

- а) ректовестибулярный свищ;
- б) ректовагинальный свищ;
- в) ректовезикальный свищ;
- г) ректопромежностный свищ;
- д) ректоутеральный свищ.

5. Диагноз атрезии прямой кишки может быть поставлен после рождения ребенка в течение:

- а) 6 часов;
- б) 7 дней;
- в) 1 суток;
- г) 10 часов;
- д) 2-3 суток.

6. Сроки отхождения мекония у новорожденных:

- а) в течение 1 суток;
- б) в течение 1 часа;
- в) в течение 3 дней;
- г) в течение 7 дней;
- д) в течение 1 месяца.

7. Каково нормальное количество актов дефекации у новорожденных, находящихся на грудном вскармливании:

- а) 1 раз в сутки;
- б) 5 раз в сутки;
- в) 8-10 раз в сутки;

- г) после каждого кормления;
- д) 3 раза в сутки.

8. У новорожденного с атрезией ануса встречаются синдромы:

- а) каудальной регрессии;
- б) Элерса-Данлоса;
- в) Опица-Смита-Лемли;
- г) VACTER;
- д) Марфана.

9. Для синдрома VACTER HE характерны диагностические признаки:

- а) атрезия пищевода;
- б) атрезия ануса;
- в) порок сердца;
- г) пороки почек;
- д) пороки челюстно-лицевой области.

10. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 24 часа для того, чтобы:

- а) подтвердить диагноз;
- б) обнаружить уровни в кишечнике;
- в) определить объем и сроки предоперационной подготовки;
- г) определить высоту атрезии;
- д) ничего из перечисленного.

11. Девочка в возрасте 1 суток весом 3 кг поступила в отделение хирургии новорожденных с диагнозом атрезии прямой кишки, свищевая форма. При зондировании ректovesтибулярного свища его диаметр 4 мм, длина 2 см. Хорошо отходит меконий. Ребенок нуждается:

- а) в экстренной операции;
- б) в отсроченной операции в периоде новорожденности;
- в) в операции в 6-8 месяцев;
- г) в операции в возрасте 1 года;
- д) в операции в 4-5 лет.

12. Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:

- а) отхождение мекония через уретру;
- б) отхождение газов через уретру;
- в) выделение газов и мекония при надавливании на живот;
- г) наличие газов в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании;
- д) все перечисленное.

13. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) безсвищевая форма атрезии;
- б) свищ в мочевой пузырь;
- в) свищ уретральный;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

14. Показанием к колостоме у новорожденного с атрезией прямой кишки является:

- а) тяжелое общее состояние;
- б) недостаток опыта хирурга;
- в) недостаток опыта анестезиолога;
- г) клоакальная форма;
- д) все перечисленное.

15. Более информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- а) рентгеноконтрастный;
- б) ректороманоскопия;
- в) колоноскопия;
- г) пальцевое ректальное исследование;
- д) все перечисленное.

16. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- а) 3 часа после рождения;
- б) 6 часов после рождения;

- в) 16 часов после рождения;
- г) 24 часа после рождения;
- д) 32 часа после рождения.

17. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:

- а) ректовестибулярный свищ;
- б) ректовагинальный свищ;
- в) ректоуретральный свищ;
- г) ректовезикальный свищ;
- д) ректопромежностный свищ.

18. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах её атрезии у детей является:

- а) рентгенография по Вангенстину;
- б) контрастное исследование кишки через свищ;
- в) исследование свища зондом;
- г) электромиография промежности.

19. Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:

- а) отхождение мекония через уретру;
- б) отхождение газов через уретру;
- в) выделение газов и мекония при надавливании на живот;
- г) наличие газов в мочевом пузыре при рентгеновском исследовании;
- д) все перечисленное.

20. Показанием к неотложному оперативному вмешательству при атрезии прямой кишки и заднего прохода у детей является:

- а) безсвищевая форма атрезии;
- б) свищ в мочевой пузырь;
- в) свищ уретральный;
- г) узкий и длинный промежностный свищ;
- д) все перечисленное.

Ответы на тестовые задания:

1. а; 2. г; 3. б; 4. в; 5 в; 6. а; 7. г; 8. г; 9. д; 10. г; 11. в; 12. д; 13. д; 14. д; 15. г; 16. в; 17. а; 18. в; 19. д; 20. д.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №19 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Наиболее частой причиной перитонита новорожденных является:

- а) острый аппендицит;
- б) деструктивный холецистит и холангит;
- в) ятрогенные перфорации полых органов;
- г) некротический энтероколит;
- д) пороки развития желудочно-кишечного тракта.

2. Этиопатогенетическими причинами некротического энтероколита могут быть:

- а) сепсис;
- б) перинатальная гипоксия;
- в) дисбактериоз;
- г) инфузии через пупочную вену;
- д) централизация кровообращения.

3. Некротический энтероколит может быть:

- а) ранним, поздним;
- б) местным, разлитым;
- в) постгипоксическим, септическим;
- г) тонко-, толстокишечным;
- д) отграниченным, диффузным.

4. Рентгенологическими признаками некротического энтероколита могут быть:

- а) газ в свободной брюшной полости;
- б) неравномерное газонаполнение желудочно-кишечного тракта;
- в) утолщение тяжей кишечных стенок;
- г) уровни жидкости;
- д) пневматоз кишечной стенки.

5. Выберите предпочтительные методы лечения некротического энтероколита:

- а) консервативное;
- б) дренирование брюшной полости;
- в) лапаротомия, ушивание язв;
- г) энтеростомия;
- д) резекция кишечника, анастомоз.

6. Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации кишечника у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом III степени является:

- а) множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок;
- б) повышение газонаполнения кишечной трубки;
- в) симптом «мыльной пены», утолщенные стенки кишечных петель;
- г) жидкость в брюшной полости.

7. У новорожденного в возрасте 16 дней диагностирован язвенно-некротический энтеро-колит III ст. При поступлении – признаки динамической кишечной непроходимости. Ему следует рекомендовать:

- а) обзорную рентгенографию брюшной полости в динамике;
- б) декомпрессию желудка;
- в) прекращение питания через рот;
- г) инфузионную и антибактериальную терапию;
- д) все вышеперечисленное.

8. Наиболее информативным методом диагностики опухолей и кист печени является:

- а) УЗИ;
- б) радиоизотопное исследование;
- в) компьютерная томография;
- г) ангиография;
- д) все вышеперечисленное.

9. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- а) гепатомегалия;
- б) увеличение размеров живота;
- в) спленомегалия;
- г) асцит;
- д) кровавая рвота.

10. При неэффективности консервативной терапии для остановки кровотечения при пор-тальной гипертензии показаны:

- а) сосудистый анастомоз;
- б) операция Таннера;
- в) гастротомия с прошиванием кровоточащих вен;
- г) спленэктомия;
- д) органопексия.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. а, б, в, г, д; 3. а, в; 4. а, б, в, г, д; 5. а, б, г; 6. в; 7. д; 8. д; 9. в; 10. в.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №20 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизменённый Меккелев дивертикул. Ему наиболее целесообразно:

- а) удаление Меккелева дивертикула;
- б) оставление дивертикула;
- в) плановое удаление дивертикула через 2-3 мес.;
- г) на усмотрение хирурга;
- д) установка страхового дренажа для наблюдения.

2. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменённый Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:

- а) удаление дивертикула;
- б) оставление дивертикула;
- в) выведение стомы на уровне дивертикула;
- г) плановое удаление дивертикула через 3 мес.;
- д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.

3. При флегмонозно изменённом Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразна:

- а) клиновидная резекция;
- б) резекция под углом 45 гр.;

- в) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
- г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
- д) на усмотрение хирурга.

4. В основе болезни Гиршпрунга лежит:

- а) врожденный аганглиоз участка толстой кишки;
- б) гипертония мышечного слоя кишки;
- в) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;
- г) токсическая дилатация толстой кишки;
- д) все перечисленное.

5. Для острой формы болезни Гиршпрунга характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- а) интоксикации;
- б) запавшего живота;
- в) эксикоза;
- г) задержки (отсутствия) стула;
- д) вздутого живота с валами перистальтики.

6. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:

- а) острую;
- б) подострую;
- в) хроническую;
- г) ректальную;
- д) ректосигмоидальную.

7. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга целесообразно выполнить:

- а) ирригографию;
- б) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа;
- в) дачу бариевой смеси через рот;
- г) колоноскопию;
- д) определение активности ацетилхолинэстеразы.

8. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:

- а) 3 мес.;
- б) 6 мес.;
- в) 9 мес.;
- г) 12 мес.;
- д) 3 года и старше.

9. Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются:

- а) до 6 мес.;
- б) после 1 года;
- в) после 3 лет;
- г) после 6 лет;
- д) после перенесенной кишечной инфекции.

10. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:

- а) операция Дюамеля;
- б) операция Свенсона;
- в) операция Соаве;
- г) колостома;
- д) илеостома.

11. У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевое образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе - хронические запоры. Наиболее вероятный предположительный диагноз:

- а) опухоль толстой кишки;
- б) удвоение кишечника;
- в) лимфангиома брюшной полости;
- г) каловый камень;
- д) холодный аппендикулярный инфильтрат.

12. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- а) бытовой;
- б) уличный;
- в) школьный;
- г) спортивный;

д) прочий.

13. Из видов бытового травматизма преобладают в детском возрасте:

- а) повреждения;
- б) ожоги;
- в) инородные тела;
- г) отравления;
- д) огнестрельные повреждения.

14. Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:

- а) печень, селезенка;
- б) тонкая кишка;
- в) толстая кишка;
- г) мочевого пузыря;
- д) почки.

15. Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на госпитальном этапе:

- а) обеспечение оксигенации, временная остановка кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, переливание плазмозаменителей, транспортная иммобилизация;
- б) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация;
- в) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение наркотиков;
- г) переливание плазмозаменителей, искусственное дыхание, транспортная иммобилизация + введение анальгетиков.

Ответы на тестовые задания:

1. в; 2. д; 3. в; 4. а; 5. б; 6. а; 7. б; 8. г; 9. а; 10. г; 11. г; 12. а; 13. д; 14. а; 15. а.

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №21 С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО ОТВЕТА (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. К перитонеальным при остром аппендиците относятся симптомы:

- а) Воскресенского (симптом "рубашки");
- б) Щеткина-Блюмберга;

- в) Раздольского;
- г) все названные симптомы;
- д) ни один из них.

2. Укажите возможные варианты расположения червеобразного отростка:

- а) ретроцекальное;
- б) ретроперитонеальное;
- в) поддиафрагмальное;
- г) тазовое;
- д) в толще брыжейки тонкой кишки;
- е) все перечисленные варианты возможны.

3. Основным симптомом, позволяющим диагностировать тазовое расположение воспаленного аппендикса:

- а) Щеткина-Блюмберга;
- б) Ровзинга;
- в) резкая болезненность при ректальном исследовании;
- г) напряжение мышц в правой подвздошной области;
- д) Кохера.

4. Укажите наиболее точный ориентир для нахождения основания червеобразного отростка:

- а) место слияния продольных лент слепой кишки;
- б) правая подвздошная ямка;
- в) левая подвздошная ямка;
- г) верхушка слепой кишки;
- д) место впадения подвздошной кишки в слепую.

5. Укажите наиболее оптимальный доступ при осложненном аппендиците:

- а) по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову;
- б) по Ленандеру;
- в) по Бергману-Израэлю;
- г) трансректальный;
- д) нижняя срединная лапаротомия.

6. В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет:

- а) устранение источника перитонита;
- б) антибактериальная терапия;
- в) коррекция водно-электролитных нарушений;
- г) санация брюшной полости;
- д) все перечисленное верно.

7. Какие виды оперативных вмешательств наиболее верны при разлитом перитоните у ребенка:

- а) аппендэктомия с дренированием в правой подвздошной области;
- б) аппендэктомия с дренированием обеих подвздошных областей;
- в) срединная лапаротомия с аппендэктомией и дренированием обеих подвздошных областей.

8. У больного 4 лет на 2-й день после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развился парез кишечника, озноб, боли в правой половине живота, увеличилась печень. Появилась желтуха. Симптом Щеткина отрицательный во всех отделах. О развитии какого осложнения следует думать в первую очередь?

- а) перитоните;
- б) поддиафрагмальном абсцессе;
- в) пилефлебите;
- г) межкишечном абсцессе;
- д) подпеченочном абсцессе.

9. Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

- а) гектической температурой;
- б) болей в глубине таза и тенезмов;
- в) ограничения подвижности диафрагмы;
- г) нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- д) болезненности при ректальном исследовании.

10. При периаппендикулярном инфильтрате оперируют:

- а) через доступ Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова;
- б) через доступ по Ленандеру;
- в) через нижний срединный разрез;
- г) после стихания воспалительного процесса;
- д) не оперируют.

11. В какие сроки формируется аппендикулярный инфильтрат:

- а) через 4-5 часов от начала заболевания;
- б) через сутки после начала заболевания;
- в) через 2-3 суток от начала заболевания.

12. Тактика у больного с разлитым перитонитом:

- а) срочное оперативное лечение;
- б) оперативное лечение после предоперационной подготовки в течение часа;
- в) оперативное лечение после предоперационной подготовки в течение 2-4 часов.

Ответы на тестовые задания:

1. г; 2. е; 3. в; 4. а; 5. д; 6. д; 7. в; 8. д; 9. в; 10. г; 11. в; 12. в.

Методика оценивания компьютерного тестирования или тестирования на бумажных носителях.

Количество правильно решенных тестовых заданий:

- менее 70% - «неудовлетворительно»;
- 71-79% - «удовлетворительно»;
- 80-89% - «хорошо»;
- 90% и выше – «отлично».

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №1 (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Основные этапы эмбриогенеза лица и шеи, формирование щитовидной и зубной желез.
2. Анатомия черепа, челюстно-лицевой области, шеи, особенности у новорожденных и детей младшего возраста.
3. Что такое щитовидно-язычный проток?
4. Что такое зубно-глочный проток?
5. Функции мягкого неба.
6. Эмбриопатогенез основных видов пороков: расщелины верхней губы и неба, колобомы, макро- и микростомии, синдрома Пьера-Робина.
7. Классификация пороков челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, сроки и методы лечения, реабилитация.
8. Этиопатогенез и виды пороков шеи: срединные и боковые кисты и свищи. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Эмбриогенез мозгового черепа, позвоночника и спинного мозга, щитовидной железы.
2. Эмбриопатогенез черепно-мозговых и спинномозговых грыж.
3. Анатомические варианты черепно-мозговых грыж.
4. Анатомические варианты спинномозговых грыж.
5. Перечислите наиболее частые осложнения черепно- и спинномозговых грыж.
6. Что такое spina bifida complicata?
7. Основные диагностические симптомы при изучаемых патологиях.
8. Перечислите основные диагностические инструментальные методы, используемые при диагностике и выборе оптимальной тактики при мозговых грыжах.
9. Основные противопоказания к операциям при мозговых грыжах.
10. Современные сроки оперативного лечения изучаемых пороков развития - факторы, их определяющие.
11. Существующая в настоящее время система оказания комплексной медицинской и социально-педагогической помощи детям с данной патологией.
12. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
13. Принципы диспансерного наблюдения детей с данной патологией.
14. Этиология, клиника, диагностика и принципы оперативного лечения хирургических

заболеваний щитовидной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов дыхания.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия лёгких, трахеи и диафрагмы, их синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика лёгочных заболеваний у детей.
5. Классификация пороков развития лёгких.
6. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с заболеваниями и пороками развития лёгких.
7. Сроки и методы оперативного лечения заболеваний и пороков развития лёгких.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов пищеварения, сроки закладки органов пищеварения, этапы формирования кишечной трубки.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия пищевода, его синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика рвоты у ребенка.
5. Семиотика пневмонии у ребенка.
6. Методы ранней диагностики и рентгенологическое обследование новорожденных с ГЭР.
7. Клиническая картина, диагностика и лечение ГЭР. Показания к хирургическому лечению ГЭР.
8. Классификация, клинические и рентгенологические проявления врожденной диафрагмальной грыжи.
9. Клиника, рентгенологическая и дифференциальная диагностика, тактика при декомпенсированном течении («асфиктическом ущемлении») ложных диафрагмальных грыж.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Нормальная анатомия и эмбриогенез грудной клетки.

2. Классификация врождённых деформаций грудной клетки.
3. Современные концепции патогенеза пороков развития грудной клетки.
4. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с пороками грудной клетки, бронхоэктатической болезнью, деструктивными пневмониями.
5. Классификация, рентгенологическая диагностика, клинические особенности воронкообразной деформации грудной клетки.
6. Корректирующие операции при воронкообразной грудной клетке, послеоперационные осложнения, вопросы реабилитации.
7. Классификация, диагностика, клиника, лечение килевидной деформации грудной клетки.
8. Классификация, клиника и диагностика, лечение деструктивных пневмоний, бронхоэктатической болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Нормальная анатомия легких, пищевода, синтопическое и скелетотопическое положение.
2. Семиотика заболеваний дыхательной и пищеварительной систем у новорожденных и детей разных возрастных групп.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение опухолей и кист лёгких, средостения.
4. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение атрезии пищевода.
5. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина ожогов пищевода, принципы неотложной помощи, лечения и реабилитации.
6. Возможные осложнения ожогов пищевода, сроки их возникновения и методы профилактики, показания к оперативному лечению, принципы реабилитации.
7. Этиология, клиника, диагностика и лечебная тактика при рубцовых сужениях пищевода.
8. Клиническая картина при инородных телах и травмах пищевода, диагностическая тактика и принципы лечения.
9. Принцип преемственности в работе поликлиники и стационара, задачи амбулаторного звена, организация диспансерного наблюдения детей с патологией пищевода.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Анатомио-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.

3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы.
4. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
5. Этиология, патогенез, клиническая картина пороков развития уретры, патологии формирования пола.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Анатомо-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра анатомии).
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра гистологии).
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы (кафедры физиологии и патофизиологии).
4. Патологоанатомические изменения, возникающие при обструктивных уропатиях и их осложнениях (кафедра патологической анатомии).
5. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
6. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечебная тактика при гидронефрозе, мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, клапанах задней уретры.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Эмбриогенез влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
2. Эмбриопатогенез врожденных пороков влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
3. Основные диагностические симптомы острых заболеваний и травматических повреждений яичка.
4. Классификация аномалий вагинального отростка брюшины, их осложнений и критерии

выбора лечебной тактики.

5. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов мошонки, требующих экстренной хирургической помощи.
6. Современные сроки оперативного лечения изучаемых аномалий развития.
7. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
8. Принципы диспансерного наблюдения.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №10
(ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ,
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)**

1. Клиника и диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная) повреждений различных отделов мочевыделительной системы и половых органов.
2. Хирургическая тактика, возможные осложнения.
3. Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения детей, перенесших травму мочеточников, мочевого пузыря, уретры и органов репродуктивной системы.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №11
(ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Принципы ранней диагностики основных гнойно-воспалительных заболеваний у детей.
3. Этапы лечебно-диагностической тактики.
4. Показания к хирургическому лечению гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Принципы современной реабилитации.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №12
(ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)**

1. Особенности строения и кровообращения костей у детей, структура и функция костного мозга.
2. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
3. Этиология, патогенез острого гематогенного остеомиелита и его осложнений.
4. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе, атипичных форм, особенности клинической картины у детей раннего возраста.
5. Диагностическая тактика (клиническая, лабораторная, инструментальная).
6. Дифференциальная диагностика остеомиелита с педиатрическими заболеваниями со

сходной с клинической симптоматикой (ОРЗ, грипп, пневмония, ревматизм и различные типы артритов, туберкулез, опухоли костей) и травматическими повреждениями костно-суставной системы.

7. Организация помощи детям с остеомиелитом на педиатрическом и общехирургическом этапе.
8. Современные методы комплексного лечения, характер предоперационной подготовки, оперативная тактика при остеомиелите у детей в зависимости от клинической формы заболевания и возраста ребенка.
9. Осложнения остеомиелита, послеоперационное ведение больных.
10. Методы реабилитации, принципы диспансерного наблюдения детей, перенесших острый гематогенный остеомиелит, страдающих хронической формой заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
2. Этиопатогенез сепсиса и его осложнений.
3. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе атипичных форм. Особенности клиники у детей раннего возраста.
4. Диагностика сепсиса детского возраста (клиническая, лабораторная, инструментальная). Дифференциальная диагностика.
5. Методы современного лечения. Хирургическая тактика.
6. Реабилитация и принципы диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими сепсис.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний, особенности у детей.
2. Особенности переломов у детей.
3. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей таза и позвоночника.
4. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей верхних и нижних конечностей.
5. Реабилитационные мероприятия и диспансеризация детей, получивших травму костей, суставов и связочного аппарата.
6. Анатомия черепа, головного мозга, нервной системы.

7. Черепно-мозговая травма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, особенности течения у детей.
8. Принципы ранней диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями костей черепа.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №15
(ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)**

1. Анатомия, гистология и физиология кожи и слизистых оболочек.
2. Особенности кожи и слизистых у детей.
3. Локализация и работа центра терморегуляции.
4. Этиопатогенез, классификация и клиника ожогов у детей.
5. Помощь при химических и термических ожогах. Осложнения.
6. Хирургическая тактика при ожогах и их последствиях.
7. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, лечение.
8. Общее перегревание организма (тепловой удар). Помощь, лечение.
9. Обморожения. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
10. Общее переохлаждение организма. Помощь, лечение.
11. Методы реабилитации и диспансеризация детей, перенесших термическую травму.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №16
(ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)**

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Особенности опорно-двигательной системы у детей.
3. Принципы ранней диагностики ортопедических заболеваний у детей.
4. Принципы лечебной тактики, показания к хирургическому лечению ортопедических заболеваний.
5. Методы современной реабилитации детей с ортопедическими заболеваниями, диспансеризация.
6. Особенности строения черепа у новорождённых.
7. Родовые повреждения. Виды, причины и механизмы родовых повреждений. Клиника, диагностическая и лечебная тактика.
8. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №17
(ТЕМА «ПОРОКИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования передней брюшной стенки, желточного и мочевого протоков.
3. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика желточного и мочевого протоков, грыж передней брюшной стенки, принципы оперативного лечения.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №18
(ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)**

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования желудочно-кишечного тракта.
3. Дизэмбриогенез кишечной трубки.
4. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика пилоростеноза, атрезии кишечника, аномалий аноректальной области, принципы оперативного лечения.
5. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №19
(ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)**

1. Анатомия и физиология органов ЖКТ.
2. Этиология, патогенез, классификация, принципы ранней диагностики некротического энтероколита.
3. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий. Этиология, патогенез, клиника.
4. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Этиология, патогенез, клиника, принципы ранней диагностики.
5. Показания к хирургическому лечению данных пороков.
6. Основные типы операций при рассматриваемых патологиях.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №20
(ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)**

1. Основные этапы эмбриогенеза органов брюшной полости.

2. Эмбриологический механизм формирования и облитерации желточного протока.
3. Особенности топографии передней брюшной стенки, анатомия и расположение кишки.
4. Что такое дивертикул Меккеля и к какой категории аномалий развития он относится?
Осложнения дивертикула Меккеля, дифференциальная диагностика.
5. Чем обусловлено кровотечение из дивертикула Меккеля?
6. Если во время оперативного вмешательства у пациента с диагнозом "Острый аппендицит" обнаруживается неизменённый червеобразный отросток, то производится ревизия подвздошной кишки. Чем обусловлена такая тактика?
7. Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Гиршпрунга.
8. Современные методы и сроки комплексного лечения данных пороков развития у детей.
9. Классификация видов повреждений органов брюшной полости.
10. Основные клинические симптомы разрывов паренхиматозных органов.
11. Методы диагностики, симптоматика продолжающегося кровотечения.
12. Клинические проявления разрыва полого органа: желудка, кишки.
13. Диагностическая и хирургическая тактика при клинике повреждения органов брюшной полости.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА ПРАКТИЧЕСКОМ ЗАНЯТИИ №21
(ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)**

1. Этиология, патогенез и классическая клиническая картина острого аппендицита у детей.
2. Показания к хирургическому вмешательству.
3. Осложнения острого аппендицита.
4. Причины возникновения перитонитов у детей старшего возраста, их классификация.
5. Причины возникновения и классификация перитонитов у новорожденных детей.
6. Принципы лечения перитонитов в зависимости от возраста ребенка.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №1 (ТЕМА
«ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)**

1. Основные этапы эмбриогенеза лица и шеи, формирование щитовидной и зубной желез.
2. Анатомия черепа, челюстно-лицевой области, шеи, особенности у новорожденных и детей младшего возраста.
3. Что такое щитовидно-язычный проток?
4. Что такое зобно-глочный проток?
5. Функции мягкого неба.

6. Эмбриопатогенез основных видов пороков: расщелины верхней губы и неба, колобомы, макро- и микростомии, синдрома Пьера-Робина.
7. Классификация пороков челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, сроки и методы лечения, реабилитация.
8. Этиопатогенез и виды пороков шеи: срединные и боковые кисты и свищи. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Эмбриогенез мозгового черепа, позвоночника и спинного мозга, щитовидной железы.
2. Эмбриопатогенез черепно-мозговых и спинномозговых грыж.
3. Анатомические варианты черепно-мозговых грыж.
4. Анатомические варианты спинномозговых грыж.
5. Перечислите наиболее частые осложнения черепно- и спинномозговых грыж.
6. Что такое spina bifida complicata?
7. Основные диагностические симптомы при изучаемых патологиях.
8. Перечислите основные диагностические инструментальные методы, используемые при диагностике и выборе оптимальной тактики при мозговых грыжах.
9. Основные противопоказания к операциям при мозговых грыжах.
10. Современные сроки оперативного лечения изучаемых пороков развития - факторы, их определяющие.
11. Существующая в настоящее время система оказания комплексной медицинской и социально-педагогической помощи детям с данной патологией.
12. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
13. Принципы диспансерного наблюдения детей с данной патологией.
14. Этиология, клиника, диагностика и принципы оперативного лечения хирургических заболеваний щитовидной железы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов дыхания.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия лёгких, трахеи и диафрагмы, их синтопическое и скелетотопическое положение.

4. Семиотика лёгочных заболеваний у детей.
5. Классификация пороков развития лёгких.
6. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с заболеваниями и пороками развития лёгких.
7. Сроки и методы оперативного лечения заболеваний и пороков развития лёгких.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Нормальный эмбриогенез органов пищеварения, сроки закладки органов пищеварения, этапы формирования кишечной трубки.
2. Критические сроки формирования эмбриона, факторы тератогенного влияния на эмбрион.
3. Нормальная анатомия пищевода, его синтопическое и скелетотопическое положение.
4. Семиотика рвоты у ребенка.
5. Семиотика пневмонии у ребенка.
6. Методы ранней диагностики и рентгенологическое обследование новорожденных с ГЭР.
7. Клиническая картина, диагностика и лечение ГЭР. Показания к хирургическому лечению ГЭР.
8. Классификация, клинические и рентгенологические проявления врожденной диафрагмальной грыжи.
9. Клиника, рентгенологическая и дифференциальная диагностика, тактика при декомпенсированном течении («асфиктическом ущемлении») ложных диафрагмальных грыж.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Нормальная анатомия и эмбриогенез грудной клетки.
2. Классификация врождённых деформаций грудной клетки.
3. Современные концепции патогенеза пороков развития грудной клетки.
4. Основные и дополнительные методы инструментального обследования детей с пороками грудной клетки, бронхоэктатической болезнью, деструктивными пневмониями.
5. Классификация, рентгенологическая диагностика, клинические особенности воронкообразной деформации грудной клетки.
6. Корректирующие операции при воронкообразной грудной клетке, послеоперационные осложнения, вопросы реабилитации.
7. Классификация, диагностика, клиника, лечение килевидной деформации грудной клетки.

8. Классификация, клиника и диагностика, лечение деструктивных пневмоний, бронхоэктатической болезни.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Нормальная анатомия легких, пищевода, синтопическое и скелетотопическое положение.
2. Семиотика заболеваний дыхательной и пищеварительной систем у новорожденных и детей разных возрастных групп.
3. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение опухолей и кист лёгких, средостения.
4. Классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение атрезии пищевода.
5. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина ожогов пищевода, принципы неотложной помощи, лечения и реабилитации.
6. Возможные осложнения ожогов пищевода, сроки их возникновения и методы профилактики, показания к оперативному лечению, принципы реабилитации.
7. Этиология, клиника, диагностика и лечебная тактика при рубцовых сужениях пищевода.
8. Клиническая картина при инородных телах и травмах пищевода, диагностическая тактика и принципы лечения.
9. Принцип преемственности в работе поликлиники и стационара, задачи амбулаторного звена, организация диспансерного наблюдения детей с патологией пищевода.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Анатоми-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры.
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы.
4. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатоми-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
5. Этиология, патогенез, клиническая картина пороков развития уретры, патологии формирования пола.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Анатомо-топографическое строение почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра анатомии).
2. Гистологическая структура и функция почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры (кафедра гистологии).
3. Физиологические и патофизиологические аспекты деятельности органов мочевыводящей системы (кафедры физиологии и патофизиологии).
4. Патологоанатомические изменения, возникающие при обструктивных уропатиях и их осложнениях (кафедра патологической анатомии).
5. Ультразвуковая характеристика мочевыделительной системы почек и мочевых путей у плода и ребенка, рентгеноанатомическое строение почек, радиоизотопные способы и методы исследования анатомо-функционального состояния почек и мочевого пузыря (кафедра лучевой диагностики).
6. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечебная тактика при гидронефрозе, мегауретере, пузырно-мочеточниковом рефлюксе, клапанах задней уретры.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Эмбриогенез влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
2. Эмбриопатогенез врожденных пороков влагалищного отростка брюшины, яичка и семенного канатика.
3. Основные диагностические симптомы острых заболеваний и травматических повреждений яичка.
4. Классификация аномалий вагинального отростка брюшины, их осложнений и критерии выбора лечебной тактики.
5. Принципы дифференциальной диагностики заболеваний органов мошонки, требующих экстренной хирургической помощи.
6. Современные сроки оперативного лечения изучаемых аномалий развития.
7. Основные хирургические и реабилитационные мероприятия.
8. Принципы диспансерного наблюдения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)

1. Клиника и диагностика (клиническая, лабораторная, инструментальная) повреждений различных отделов мочевыделительной системы и половых органов.
2. Хирургическая тактика, возможные осложнения.
3. Вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения детей, перенесших травму мочеочников, мочевого пузыря, уретры и органов репродуктивной системы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)

1. Анатомо-физиологические особенности ребенка в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Принципы ранней диагностики основных гнойно-воспалительных заболеваний у детей.
3. Этапы лечебно-диагностической тактики.
4. Показания к хирургическому лечению гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Принципы современной реабилитации.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)

1. Особенности строения и кровообращения костей у детей, структура и функция костного мозга.
2. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
3. Этиология, патогенез острого гематогенного остеомиелита и его осложнений.
4. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе, атипичных форм, особенности клинической картины у детей раннего возраста.
5. Диагностическая тактика (клиническая, лабораторная, инструментальная).
6. Дифференциальная диагностика остеомиелита с педиатрическими заболеваниями со сходной с клинической симптоматикой (ОРЗ, грипп, пневмония, ревматизм и различные типы артритов, туберкулез, опухоли костей) и травматическими повреждениями костно-суставной системы.
7. Организация помощи детям с остеомиелитом на педиатрическом и общехирургическом этапе.
8. Современные методы комплексного лечения, характер предоперационной подготовки, оперативная тактика при остеомиелите у детей в зависимости от клинической формы заболевания и возраста ребенка.
9. Осложнения остеомиелита, послеоперационное ведение больных.
10. Методы реабилитации, принципы диспансерного наблюдения детей, перенесших острый

гематогенный остеомиелит, страдающих хронической формой заболевания.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)

1. Основные клинические признаки воспаления, механизм развития воспалительного процесса, фазы гнойного воспаления.
2. Этиопатогенез сепсиса и его осложнений.
3. Клиническая картина различных вариантов заболевания, в том числе атипичных форм. Особенности клиники у детей раннего возраста.
4. Диагностика сепсиса детского возраста (клиническая, лабораторная, инструментальная). Дифференциальная диагностика.
5. Методы современного лечения. Хирургическая тактика.
6. Реабилитация и принципы диспансерного наблюдения за детьми, перенесшими сепсис.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний, особенности у детей.
2. Особенности переломов у детей.
3. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей таза и позвоночника.
4. Принципы ранней диагностики и лечения детей с переломами костей верхних и нижних конечностей.
5. Реабилитационные мероприятия и диспансеризация детей, получивших травму костей, суставов и связочного аппарата.
6. Анатомия черепа, головного мозга, нервной системы.
7. Черепно-мозговая травма. Этиология, патогенез, классификация, клиника, особенности течения у детей.
8. Принципы ранней диагностики и лечения детей с травматическими повреждениями костей черепа.
9. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №15 (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)

1. Анатомия, гистология и физиология кожи и слизистых оболочек.
2. Особенности кожи и слизистых у детей.

3. Локализация и работа центра терморегуляции.
4. Этиопатогенез, классификация и клиника ожогов у детей.
5. Помощь при химических и термических ожогах. Осложнения.
6. Хирургическая тактика при ожогах и их последствиях.
7. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Этиопатогенез, классификация, клиническая картина, лечение.
8. Общее перегревание организма (тепловой удар). Помощь, лечение.
9. Обморожения. Этиопатогенез, классификация, клиника, лечение.
10. Общее переохлаждение организма. Помощь, лечение.
11. Методы реабилитации и диспансеризация детей, перенесших термическую травму.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №16 (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)

1. Анатомия и физиология костно-суставной, мышечной систем, связочного аппарата, нервной, сосудистой систем в аспекте изучаемых заболеваний.
2. Особенности опорно-двигательной системы у детей.
3. Принципы ранней диагностики ортопедических заболеваний у детей.
4. Принципы лечебной тактики, показания к хирургическому лечению ортопедических заболеваний.
5. Методы современной реабилитации детей с ортопедическими заболеваниями, диспансеризация.
6. Особенности строения черепа у новорождённых.
7. Родовые повреждения. Виды, причины и механизмы родовых повреждений. Клиника, диагностическая и лечебная тактика.
8. Методы реабилитации при рассматриваемых заболеваниях, диспансеризация.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №17 (ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки»)

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования передней брюшной стенки, желточного и мочевого протоков.
3. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика желточного и мочевого протоков, грыж передней брюшной стенки, принципы оперативного лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка с позиции детского хирурга.
2. Эмбриогенез нормального формирования желудочно-кишечного тракта.
3. Дизэмбриогенез кишечной трубки.
4. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика пилоростеноза, атрезии кишечника, аномалий аноректальной области, принципы оперативного лечения.
5. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение приобретённой кишечной непроходимости.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Анатомия и физиология органов ЖКТ.
2. Этиология, патогенез, классификация, принципы ранней диагностики некротического энтероколита.
3. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий. Этиология, патогенез, клиника.
4. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Этиология, патогенез, клиника, принципы ранней диагностики.
5. Показания к хирургическому лечению данных пороков.
6. Основные типы операций при рассматриваемых патологиях.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. Основные этапы эмбриогенеза органов брюшной полости.
2. Эмбриологический механизм формирования и облитерации желточного протока.
3. Особенности топографии передней брюшной стенки, анатомия и расположение кишки.
4. Что такое дивертикул Меккеля и к какой категории аномалий развития он относится? Осложнения дивертикула Меккеля, дифференциальная диагностика.
5. Чем обусловлено кровотечение из дивертикула Меккеля?
6. Если во время оперативного вмешательства у пациента с диагнозом "Острый аппендицит" обнаруживается неизменённый червеобразный отросток, то производится ревизия подвздошной кишки. Чем обусловлена такая тактика?

7. Этиология, патогенез, клиническая картина болезни Гиршпрунга.
8. Современные методы и сроки комплексного лечения данных пороков развития у детей.
9. Классификация видов повреждений органов брюшной полости.
10. Основные клинические симптомы разрывов паренхиматозных органов.
11. Методы диагностики, симптоматика продолжающегося кровотечения.
12. Клинические проявления разрыва полого органа: желудка, кишки.
13. Диагностическая и хирургическая тактика при клинике повреждения органов брюшной полости.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ УСТНОГО ОПРОСА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. Этиология, патогенез и классическая клиническая картина острого аппендицита у детей.
2. Показания к хирургическому вмешательству.
3. Осложнения острого аппендицита.
4. Причины возникновения перитонитов у детей старшего возраста, их классификация.
5. Причины возникновения и классификация перитонитов у новорожденных детей.
6. Принципы лечения перитонитов в зависимости от возраста ребенка.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №1 (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребенок родился с врожденным пороком развития лица. При осмотре выявлено наличие расщелины верхней губы, альвеолярного отростка и неба с правой стороны.

С пороком развития какой жаберной дуги это связано?

Задача №2

Ребёнок В., 6 лет. Со слов мамы ребёнок родился в срок. Вес при рождении 3300 г. St. Lokalis: Имеет место щелевидный дефект мягкого и частично твёрдого нёба, хронические гипертрофические разрастания слизистой оболочки носоглотки грибовидной формы. Ширина расщелины по линии А 1,8 – 2 см, фрагменты мягкого нёба укорочены.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины данной патологии и время их воздействия.

3. Перечислите функциональные нарушения при этой патологии.
4. Составьте план комплексного лечения и реабилитации ребёнка.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Это связано с пороком развития 1 жаберной (мандибулярной) дуги.

Задача №2

1. Врождённая неполная расщелина твёрдого и мягкого нёба.
2. Данный врождённый порок развития челюстно-лицевой области сформировался в период с 7 по 12 неделю беременности (первый триместр). Причиной формирования врождённой патологии могут быть либо наследственные факторы, либо неблагоприятное воздействие факторов внешней среды (тератогенных).
3. Нарушены функции сосания, глотания, внешнего дыхания, речи.
4. Уранопластика в 4 - 6 лет, с 3х-летнего возраста занятия с логопедом и ортодонтическое лечение в до - и послеоперационном периоде.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребенка с рождения в поясничной области определяется опухолевидное образование на тонкой ножке. Кал, мочу держит, движения в конечностях, тонус, чувствительность не нарушены.

Ваш предварительный диагноз, план обследования перед операцией?

Задача №2

12-летний мальчик направлен к педиатру в связи с трудностями в концентрации внимания, снижением школьной успеваемости. Согласно записи педиатра, мальчик потерял в весе со времени своего предыдущего посещения 6 месяцами ранее около 2,5 кг.

При осмотре: Рост - 150 см, М - 30 кг, астенического телосложения, кожные покровы теплые влажные. Тоны сердца ритмичные, громкие; систолический шум на верхушке, в точке Боткина. ЧСС - 110 ударов в минуту. АД - 130/50 мм рт.ст. Щитовидная железа заметна при

осмотре, деформирует переднюю поверхность шеи. При пальпации: увеличены обе доли и перешеек, щитовидная железа диффузной мягко-эластичной консистенции. В позе Ромберга - мелкоамплитудный тремор пальцев рук.

Наружные половые органы сформированы правильно, по мужскому типу. Пубертатная формула: A0, P1, L0, F0, V0.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Перечислить типичные клинические и лабораторные признаки заболевания.
3. Составить план обследования.
4. Дифференциальный диагноз

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Спинно-мозговая грыжа. Перед оперативным вмешательством показано УЗИ поясничного отдела позвоночника, почек, мочевого пузыря, нейросонография, рентгенография позвоночника в двух проекциях. КТ.

Задача №2

1. Диффузный токсический зоб 3 степени.
2. Увеличение щитовидной железы, как правило, 2 и 3 степени. Стойкая тахикардия, усиление сердечных тонов, систолический шум, увеличение пульсового давления (повышение систолического и снижение диастолического). Лабильность психики, моторное возбуждение, частый мелкий тремор пальцев вытянутых рук, общий гипергидроз, повышение кожной температуры, утомляемость, слабость, повышенный аппетит, похудание, нарушение менструального цикла у девочек. Часто – симптомы эндокринной офтальмопатии. Лабораторные признаки: повышение в сыворотке крови уровней Т3, Т4, снижение ТТГ.
3. Определение уровня тиреоидных гормонов (Т3, Т4) и тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови, общий анализ крови, ЭКГ, УЗИ щитовидной железы.
4. Вегето-сосудистая дистония: гипергидроз, как правило, местный, дистальный, ладони холодные. Тремор пальцев рук - крупный, размашистый, проходит при отвлечении внимания больного. Лабильность пульса. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ сыворотки.

Кардит: нет увеличения пульсового давления, тоны сердца приглушены. Есть признаки недостаточности кровообращения, нет увеличения щитовидной железы. Нормальный уровень тиреоидных гормонов и ТТГ.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №3
(ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ
ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА
(ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок родился от 1 беременности с массой тела 3600. Отмечалась слабость родовой деятельности, начинающаяся асфиксия плода, наложены полостные щипцы. Закричал после масочной вентиляции легких в течение 5 минут.

Через 20 минут – приступ вторичной асфиксии, цианоз, отдышка до 100 в 1 минуту. Дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Перкуторно над легкими: справа – коробочный звук, слева – притупление. Аскультативно: справа – дыхания нет; слева – ослаблено. Сердечные тоны глухие, тахикардия – 200 в 1 минуту, меконий отошёл.

Поставьте диагноз. Лечебная тактика.

Задача №2

Ребенок родился от нормально протекавшей беременности и родов в срок, масса тела 3100 г, по Апгар 7-8 баллов. Через 6 часов после рождения появился цианоз носогубного треугольника, при беспокойстве – общий цианоз. Частота дыхания 80 в 1 минуту. Грудная клетка бочкообразно вздута. Перкуторно над лёгкими: слева – коробочный звук, справа – легочный. Аускультативно: слева – дыхание ослаблено, справа – пуэрильное. Сердечные тоны приглушены. Живот обычной формы.

Поставьте предполагаемый диагноз. План обследования. Лечебная тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

Пневмоторакс. Плевральная пункция.

Задача №2

Лобарная эмфизема. Рентгенография. Оперативное лечение.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 4
(ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛУКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ») С УКАЗАНИЕМ
ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок 1,5 месяцев госпитализирован в детское хирургическое отделение. Со слов матери, в течение последних 10 дней у ребенка отмечается рвота после кормления в положении на спине. Рвота наблюдается чаще, если ребенок кричит, плачет. В рвотных массах – примесь крови.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?
3. Диагностика и лечебная тактика.

Задача №2

Ребёнок 9-ти месяцев переведён из педиатрического стационара с диагнозом: левосторонняя плевропневмония. Болен с рождения, отстаёт в развитии, периодически отмечается одышка, кашель, боли в животе. Неоднократно лечился по поводу пневмонии. 6 дней назад состояние ухудшилось, усилилась одышка, цианоз в покое. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные, умеренный цианоз. Левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Границы сердца смещены вправо. Тахикардия – 150-155 ударов в минуту, одышка до 48-50 в минуту. При перкуссии: справа – лёгочный звук, слева в подключичной области – укорочение перкуторного звука, переходящее в тупость ниже III ребра. Аускультативно: справа – дыхание пуэрильное, слева – дыхание ослаблено, в нижних отделах не выслушивается. При длительной аускультации в нижних отделах слева определяется кишечная перистальтика. Живот не вздут, мягкий. Физиологические отправления в норме. На рентгенограммах: смещение средостения вправо. Выше III ребра слева определяется серповидной формы участок лёгочной ткани. Всю нижнюю часть левой половины грудной клетки занимает негетмогенное затемнение с наличием воздушных полостей.

Предположительный диагноз? Лечебно-диагностическая тактика.

Задача №3

У новорождённого через 6 часов после рождения постепенно стали нарастать нарушения дыхания – одышка, цианоз. При повторных осмотрах отмечено постепенное смещение сердца вправо. Левая половина грудной клетки несколько выбухает, отстаёт в акте дыхания, перкуторно справа обычный лёгочный звук, слева – укорочение лёгочного звука, периодически появляется тимпанит. При аускультации слева удаётся выслушать «булькающие» шумы. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки: средостение смещено вправо, слева до 2 ребра определяются разнокалиберные воздушные полости.

Предположительный диагноз? В какой синдром входит это заболевание?

Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи:

Задача №1

1. Предположительный диагноз: гастроэзофагеальный рефлюкс (рвота в положении на спине!).

2. Дифференциальный диагноз проводится:

- с пороками развития ЖКТ (ахалазией кардии, врождённым стенозом пищевода, врождённым коротким пищеводом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, пилоростенозом);
- миопатиями;
- эзофагитами нерефлюксной природы (инфекционным; химическим – при ожоге пищевода кислотами и щелочами; эозинофильным – при пищевой аллергии; травматическим – вследствие механической травмы; специфическим – при болезни Крона и некоторых системных заболеваниях);
- аллергическими и инфекционно-воспалительными заболеваниями других отделов ЖКТ.

3. Диагностика: рентгеноскопия и рентгенография пищевода и желудка, фиброэзофагогастроскопия, суточная РН-метрия нижней трети пищевода. Лечебная тактика: консервативная терапия до 12-15 месяцев, затем – решение вопроса об операции.

Задача №2

Диагнозы: диафрагмальная грыжа, асфиктическое ущемление? Острая деструктивная пневмония с эмпиемой плевры слева? Поликистоз легкого?

Тактика: госпитализация в торакальное отделение, рентгенография грудной клетки и брюшной полости с введением контраста в кишечник. При подтверждении диагноза диафрагмальной грыжи – оперативное лечение, пластика диафрагмы.

Задача №3

Описана типичная клиническая картина левосторонней диафрагмальной грыжи – нарастающая клиника «асфиктического ущемления». Характерны рентгенологические данные: пёстрая картина на проекции нижней доли лёгкого, участки уплотнения и воздушные полости. При перкуссии – притупление и тимпанит, при аускультации – звуки перистальтики. Все эти изменения обусловлены проникновением петель кишечника, желудка в плевральную полость, сдавлением лёгкого, смещением средостения. Тактика: срочный перевод в хирургический стационар, операция по устранению грыжи.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребёнка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, появился выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии: сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости – тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования. Лечение. Общие вопросы клиники, классификации, диагностики и лечения деструктивных пневмоний.

Задача №2

Под Вашим наблюдением в поликлинике имеется двое детей. Первый – мальчик, 12 лет, болен с 8-месячного возраста, у него резко выражена клиника бронхоэктатической болезни. У второй больной – девочки, 7 лет, длительность заболевания 2 года, обострения 2-3 раза в год, сухой кашель, при аускультации – рассеянные сухие и влажные хрипы с обеих сторон. Кому из указанных больных Вы предложите имеющуюся путёвку в специализированный санаторий? Обоснование? Современные представления о хронической пневмонии у детей.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Деструктивная пневмония осложнилась напряжённым левосторонним пиопневмотораксом. Необходима срочная рентгенография грудной клетки для подтверждения клинического диагноза и выбора места для наложения дренажа по Бюлау. Если при дренировании будет констатировано наличие бронхоплеврального свища с поступлением большого количества воздуха, может понадобиться активная аспирация через дренаж. Необходима интенсивная терапия, направленная на восстановление нарушенных параметров гомеостаза, воздействие на микроорганизмы, вызвавшие процесс.

Задача №2

Консервативное лечение бронхоэктазов, развившихся, по-видимому, на основе врождённой патологии лёгких, не имеет перспектив. Показано только оперативное лечение: резекция поражённых участков лёгкого. С другой стороны, лечение девочки в специализированном санатории может оказать решающее благоприятное влияние на течение патологического процесса.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребёнок 3-х лет, со слов матери, 1 час назад выпил раствор каустической соды. При поступлении отмечается выраженное беспокойство, слюнотечение, гиперемия и отёк слизистой оболочки ротовой полости.

Ваш предварительный диагноз? Лечебная тактика.

Задача №2

Ребёнку 5 лет, поступил в стационар с диагнозом: Химический ожог пищевода 2-3 степени. Из анамнеза известно, что неделю назад дома выпил уксусную кислоту, по поводу чего обратились в районную больницу, где было выполнено промывание желудка, проводилась медикаментозная терапия. Переведён в Детскую хирургическую клинику для продолжения лечения.

Ваша дальнейшая тактика?

Задача №3

Ребёнок 2-х лет проглотил 5-тирублёвую монету, появились гиперсаливация и дисфагия. Лечился на дому. Через 48 часов состояние больного резко ухудшилось, повысилась температура, появились боли за грудиной.

С чем связано ухудшение состояния ребёнка? Диагностическая и лечебная тактика.

Задача №4

У ребенка с первых минут после рождения изо рта и носа обильно выделяется вспененная слюна, слегка окрашенная желчью. Полагая, что примесь желчи свидетельствует о полной проходимости пищевода и желудка, врач разрешил кормление, однако при этом ребенок поперхивается, появляется цианоз, апноэ, кашель.

1. Какая ошибка допущена?
2. Как Вы объясните примесь желчи в слюне?
3. Опишите современную лечебно-диагностическую тактику при этом заболевании.

Задача №5

В районном родильном доме родился мальчик весом 2700 г. При рождении отмечено обильное выделение слюны изо рта, при повторных попытках кормления возникли приступы кашля, поперхивание, преходящий цианоз. На 3-и сутки заподозрена атрезия пищевода, произведено контрастное рентгенологическое исследование пищевода (в качестве контрастного вещества использовано 5 мл взвеси сернокислого бария в грудном молоке) – на рентгенограмме отчётливо виден слепо оканчивающийся верхний отрезок пищевода, в кишечнике и желудке - воздух. Непосредственно из родильного дома ребенок переведен в районное хирургическое

отделение общего профиля, где в экстренном порядке под местной анестезией осуществлено наложение гастростомы и начато кормление через нее.

1. Оцените лечебную и хирургическую тактику врачей, перечислите допущенные погрешности (если они были).

2. Изложите современную лечебно-диагностическую тактику.

Задача №6

В клинику детской хирургии был доставлен новорожденный на второй день после рождения с диагнозом: атрезия пищевода. При рентгенологическом исследовании (в пищевод через зонд введен 1 мл йодлипола) обнаружен слепо заканчивающийся верхний отрезок пищевода и воздушный пузырь в желудке, в кишечнике воздуха нет. При осмотре ребенка обращает внимание запавший живот.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Чем можно объяснить наличие газа в желудке и его отсутствие в кишечнике?

3. Изложите современную лечебно-диагностическую тактику.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Химический ожог полости рта, глотки, пищевода. Промывание полости рта, желудка через зонд; анальгетики, антибиотики, кортикостероиды, седативные препараты, коррекция кислотно-основного состояния.

Задача №2

Консервативное лечение – бужирование пищевода в сочетании с терапией кортикостероидами, лидазой, физиотерапией на область пищевода.

Задача №3

В результате длительного стояния в пищеводе инородного тела образовался некроз стенки (пролежень) с последующей её перфорацией, воспалением околопищеводной клетчатки (перизофагитом) и, возможно, медиастинитом.

Диагностика:

- обзорная рентгенография: позволяет выявить локализацию рентгеноконтрастного инородного тела, эмфизему средостения, расширение срединной тени, инфильтрацию околопищеводной клетчатки (на боковых рентгенограммах);

- рентгенография с водорастворимым контрастом: выявляет сужение пищевода вследствие воспалительного отёка в зоне процесса, затекание контраста за пределы стенок пищевода, в средостение или плевральную полость;

- фиброэзофагоскопия под интубационным наркозом с миорелаксантами – для удаления инородного тела, уточнения локализации, размера и характера повреждения пищевода.

Лечение: после эндоскопического удаления инородного тела выполняется торакотомия или медиастинотомия, ушивание дефекта пищевода, дренирование околопищеводной клетчатки тем или иным доступом, в зависимости от уровня повреждения. Проводят антибактериальную, инфузионную дезинтоксикационную терапию, применяют обезболивающие препараты, кортикостероиды. Пищевод исключается из пассажа пищи на длительное время, что достигается либо проведением мягкого назогастрального зонда, либо наложением гастростомы, еюностомы.

Задача №4

1. Первое кормление ребенка недопустимо без предварительного исключения атрезии пищевода с помощью зондирования желудка.

2. Примесь желчи в пенистых выделениях изо рта и носа не исключает атрезию пищевода, так как желчь забрасывается в трахею и ротоглотку через нижний трахеопищеводный свищ.

3. Лечебно-диагностическая тактика: в родильном доме – попытка зондирования желудка, проведение пробы Элефанта. При невозможности заведения зонда в желудок, положительной пробе Элефанта – не кормить, поместить ребенка в транспортировочный кювез с возвышенным положением головного конца, наладить постоянную эвакуацию слизи изо рта (электроотсосом, грушей вручную через каждые 15-20 минут), ввести антибиотики и викасол, срочно доставить ребёнка в детскую хирургическую клинику. В детском хирургическом стационаре: рентгенография пищевода с 1 мл водорастворимого рентгеноконтрастного вещества (в вертикальном положении ребенка, в двух проекциях), продолжается эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, постоянная подача кислорода, оперативное лечение после предоперационной подготовки.

Задача №5

1. В задаче суммированы наиболее типичные для данной ситуации ошибки врачей:

- кормление ребенка недопустимо без исключения атрезии пищевода путем зондирования желудка сразу после рождения ребенка;
- рентгенологическое исследование в роддоме проводить нецелесообразно (выполняется только на этапе хирургического стационара);
- в качестве контрастного вещества применение бариевой взвеси недопустимо;
- перевод в районное хирургическое «взрослое» отделение – тактическая ошибка;
- наложение гастростомы в качестве предварительной операции возможно, но кормление через неё приведёт к забросу молока в трахею через трахеопищеводный свищ.

2. Эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, срочная доставка ребёнка в специализированный детский хирургический стационар, введение антибиотиков и гемостатиков, постоянная подача кислорода, оперативное лечение после предоперационной подготовки.

Задача №6

1. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с атрезией двенадцатиперстной кишки.

2. Воздушный пузырь в желудке свидетельствует о поступлении воздуха через нижний трахеопищеводный свищ. Дальнейший пассаж воздуха по кишечнику блокирован, вероятнее всего, в результате полной (острой) высокой непроходимости кишечника (атрезия 12-перстной кишки). Об этом же свидетельствует и запавший живот.

3. Эвакуация слизи из ротовой полости, санация трахеобронхиального дерева, постоянная подача кислорода, введение антибиотиков и гемостатиков, оперативное устранение атрезии пищевода и непроходимости кишечника после предоперационной подготовки.

Перечень типовых ситуационных задач для проведения практического занятия №7 (тема «Аномалии развития почек и мочеточников, мочевого пузыря, уретры и репродуктивной системы») с указанием правильного (правильных) ответа (ответов)

Задача №1

У девочки 6-ти лет помимо нормальных мочеиспусканий отмечается постоянное дневное капельное недержание мочи. В течение 3 лет ребенок лечился у амбулаторного психоневролога,

однако эффекта от лечения не наблюдалось. При ультразвуковом исследовании почек обнаружено удвоение правой почки.

1. Ваш диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо выполнить ребенку?
3. Какая ошибка в лечении допущена врачами?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У девочки имеется наружная эктопия мочеточника верхней половины правой удвоенной почки.

Ребенку необходимо в целях диагностики выполнить помимо УЗИ обзорную и экскреторную рографию, микционную цистоуретрографию, цистоскопию, пробу с индигокармином и катетеризацию эктопического устья мочеточника верхней половины правой удвоенной почки.

Лечение у психоневролога в течение 3 лет необоснованно, ибо есть четкие данные о сочетании нормальных мочеиспусканий с капельным недержанием мочи, что свидетельствует о том, что сфинктеры шейки пузыря и уретры функционируют нормально, а недержание мочи обусловлено тем, что один из мочеточников открывается в промежности, минуя мочевого пузыря.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

У ребенка 6-ти лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры до 38° С. В анализах мочи – лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое обследование не проводилось.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Методы диагностики.
3. Лечебная тактика.
4. Ваша оценка тактики педиатра.

Задача №2

У мальчика 2-х лет с рождения отмечаются затрудненные мочеиспускания тонкой, вялой, прерывистой струей с натуживанием, дневное недержание мочи.

1. Ваш предварительный диагноз, дифференциальный диагноз.
2. План обследования.
3. Какие методы исследования являются приоритетными в диагностике данного заболевания?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У ребенка можно заподозрить правосторонний гидронефроз, осложненный хроническим пиелонефритом. Больному необходимо выполнить ультразвуковое исследование почек, ренографию, обзорную и экскреторную урографию с отсроченными снимками. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение. Педиатр необоснованно долго наблюдал и лечил ребенка от пиелонефрита, не проводя клинико-рентгенологического обследования. При первом приступе болей в животе и пояснице, сопровождающихся рвотой и изменениями в моче, необходимо выполнить УЗИ почек, которое является экспресс-методом определения анатомического состояния почек и их полостной системы. Следует исключить возможность патологии желчевыводящих путей.

Задача №2

У ребенка имеется врожденная инфравезикальная обструкция, обусловленная наличием препятствия в мочеиспускательном канале. Мальчику необходимо выполнить УЗИ почек и мочевого пузыря до и после мочеиспускания, обзорную и экскреторную урографию, микционную цистоуретрографию, цистоуретроскопию, урофлоуметрию, цистоманометрию. Приоритетными методами являются микционная цистоуретрография, уретроскопия.

Перечень типовых ситуационных задач для проведения практического занятия №9 (тема «Патология влагалищного отростка брюшины, синдром отёчной мошонки, неспецифические воспалительные заболевания мочевой системы») с указанием правильного (правильных) ответа (ответов)

Задача №1

У ребенка двух лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. По словам матери, эта припухлость появилась сутки назад. Была несколько раз рвота, газы и стул не отходят.

Ваш диагноз? Тактика врача? Обоснуйте.

Задача №2

Ребенок одного года болен воспалением легких. С рождения у него отмечается наличие пахово-мошоночной грыжи слева, ущемлений не было. Два часа назад произошло ущемление грыжи.

Какова хирургическая тактика? Обоснуйте.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Ущемлённая правосторонняя пахово-мошоночная грыжа, синдром непроходимости кишечника (многократная рвота, задержка стула и газов). Диагностика: обзорная рентгенография, на которой вероятны признаки механической кишечной непроходимости (раздутые петли кишечника с уровнями жидкости – чаши Клойбера). Так как с момента ущемления прошло более 12 часов, возможно только оперативное лечение.

Задача №2

Малый срок заболевания, противопоказания к операции (пневмония) позволяют прибегнуть к консервативному лечению ущемления у мальчика: введение анальгетиков, спазмолитиков, приём тёплой ванны, попытка бережного ручного вправления. При неэффективности данных мер – оперативное лечение.

При ущемлённых паховых грыжах у девочек показана немедленная операция, так как обычное у них ущемление яичника не поддается консервативному вправлению.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Переходя улицу, мальчик 7-ми лет был сбит автомашиной и через 40 минут после травмы доставлен в детскую хирургию. При поступлении состояние ребенка тяжелое. Кожные покровы бледные. АД – 80/60 мм рт.ст., пульс – 140 ударов в минуту. Живот при пальпации резко болезненный в левом подреберье и левой поясничной области. Резко положительный симптом Пастернацкого. При бимануальной пальпации определяется резко болезненное, с нечеткими контурами объемное образование в левом подреберье.

1. Ваш диагноз.
2. Методы диагностики.
3. Лечебная тактика.

Задача №2

Мальчик 8-ми лет упал с дерева на металлический ящик, ударившись промежностью. При попытке мочеиспускания через час после травмы отмечалась резкая боль в промежности, а из наружного отверстия уретры выделялись капли крови. Ребенок был доставлен в отделение детской хирургии. При поступлении в области промежности обнаружена большая гематома. Мочевой пузырь увеличен и пальпируется над лоном. Самостоятельное мочеиспускание невозможно. Врач решил выполнить катетеризацию уретры и мочевого пузыря.

1. Правильны ли действия врача?
2. Ваш диагноз.
3. Диагностические мероприятия.
4. Лечебная тактика.

Задача №3

Мальчик 8-ми лет доставлен в отделение через 30 минут после транспортной травмы. Сознание сохранено, заторможен. Жалобы на боль в животе. Объективно: в области левого подреберья – множество ссадин. Кожа бледная, симптомы нарушения микроциркуляции. Пульс – 140 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения, АД – 90/50 мм рт.ст. Живот напряжен и резко болезненный слева. Печеночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Положительный симптом Пастернацкого слева. Получена моча с примесью крови.

1. Ваш диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

У ребенка имеется разрыв левой почки с формированием забрюшинной урогематомы. Для диагностики необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию для уточнения наличия контралатерального органа и выявления характера повреждения почки. При полном разрыве почки больному показана срочная операция – люмботомия, ревизия почки, ушивание разрывов (или нефрэктомия), дренирование забрюшинного пространства.

Задача №2

Действия врача неправильны, т.к. при наличии уретроррагии и отсутствии самостоятельного мочеиспускания в результате травмы можно предполагать разрыв уретры. А при

разрыве уретры катетеризация мочеиспускательного канала и мочевого пузыря опасны в связи с возможным формированием ложного хода и усугублением степени разрыва. Для уточнения диагноза необходима восходящая уретрография без катетеризации (введение контраста через наружное отверстие уретры с выполнением снимка в момент введения препарата), что позволяет увидеть место разрыва и мочевые затеки. При разрыве уретры ребенку показано восстановление непрерывности уретры с наложением провизорных швов.

Задача №3

У ребенка ушиб левой почки. Для уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ почек, обзорную и экскреторную урографию. При наличии подкапсульной гематомы или полного разрыва почки показана операция – левосторонняя люмботомия, ревизия левой почки, ушивание места разрыва паренхимы (или нефрэктомия при отрыве ножки, полном разрыве органа в области ворот или размозжении почки). Необходимо иметь в виду возможность разрыва селезенки.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Девочка двух недель жизни остро заболела. Появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39° С, исчез аппетит. В области правой молочной железы появилась гиперемия кожи, припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуацию.

Ваш диагноз. Лечебная тактика. Выскажите свое мнение об этиологии и патогенезе заболевания.

Задача №2

У ребенка трех недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела поднялась до 39° С, появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На передней поверхности грудной клетки обнаружено небольшое красное пятно. Кожа в этом месте на ощупь несколько теплее, умеренно инфильтрирована и болезненна. Через несколько часов пораженный участок кожи приобрел багровый цвет, значительно увеличился в размерах. Четких границ с непораженными участками кожи не выявляется. Флюктуации нет.

О каком заболевании идет речь? Этиопатогенез. План лечения.

Задача №3

При осмотре 4-дневного ребёнка общее состояние расценено как удовлетворительное. В межлопаточной области обнаружен участок бугристой инфильтрации мягких тканей размером 6x7 см. Кожа в этой области покрыта цианотично-багровыми пятнами. Местная температура не

повышена, пальпация безболезненна. В течение 4 ч. наблюдения распространения процесса не отмечено. Ребёнок родился с массой тела 4200 г от первой беременности и затяжных родов.

Общий анализ крови: лейкоцитоз $9,7 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 15%, сегментоядерные нейтрофилы 38%, эозинофилы 3%, лимфоциты 32%, моноциты 12%; СОЭ 5мм/ч.

Поставьте предварительный диагноз. Определите тактику лечения.

Задача №4

Девочка, 15 лет, поступила с жалобами на недомогание, слабость, повышенную температуру тела, ознобы, головную боль, рвоту. На коже лица за сутки до поступления появилась яркая краснота с резко очерченными фестончатыми границами. Кожа в зоне воспаления отечна, горяча на ощупь и резко болезненна по периферии. Девочка отмечает, что зона поражения быстро увеличивается, это сопровождается болями и чувством жара.

Поставьте диагноз. Определите лечебную тактику.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Правосторонний мастит новорожденного. Следует иметь в виду, что локальная инфекция у новорожденных часто протекает без общей симптоматики. В данном случае у ребенка явное ухудшение общего состояния, гипертермия, интоксикация. Лечение только в стационаре, комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм;
- в) местное лечение (радиальные разрезы над зоной воспаления).

Принято считать, что локальные гнойные заболевания детей до 3-месячного возраста являются результатом их инфицирования в роддоме. Это обстоятельство определяет эпидемиологическую тактику.

Задача №2

Клиническая картина некротической флегмоны новорожденного. Все перечисленные симптомы типичны. Лечение только в стационаре, комплексное, состоящее из трех компонентов:

- а) воздействие на микроорганизм;

б) воздействие на макроорганизм;

в) местное лечение (множественные "насечки" в шахматном порядке).

Задача №3

Диагноз: асептический некроз подкожной жировой клетчатки. Местного лечения не требует. Необходима профилактика вторичного инфицирования. Общая терапия направлена на коррекцию постгипоксических нарушений.

Задача №4

Четкие фестончатые границы гиперемии, её быстрое распространение дают основание поставить диагноз рожистого воспаления. Лечение комплексное. Назначают цефалоспорины парентерально с учётом чувствительности штамма стрептококка, инфузионную и симптоматическую терапию. Местное лечение: УФО, повязки с томицидом, хлорамфениколом + метилурацилом.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В отделении патологии новорождённых лечился ребёнок 26 дней жизни по поводу омфалита и пиодермии. За 2 сут. до поступления обратили внимание на припухлость правого плечевого сустава, отсутствие активных движений в этой ручке, болезненность при пассивных движениях.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, местное и общее лечение?

Задача №2

У ребенка в возрасте 21 день жизни отмечены ухудшение общего состояния, беспокойство при пеленании. При осмотре обнаружено, что левая ручка висит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные движения резко болезненны, ротационные движения болезненны в области плечевого сустава.

Масса тела ребёнка 3600 г. В анализах крови: лейкоцитоз $12,5 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные нейтрофилы 26%, эозинофилы 0%, лимфоциты 60%, моноциты 8%; СОЭ 22 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №3

Родители ребёнка 1,5 мес. жизни обратились с жалобами на его беспокойство при разгибании левой ножки во время пеленания в течение 2 дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура тела 37,5 °С.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №4

Мальчик 9 лет, заболел 5 дней назад, когда появились боли в области нижней трети правой голени, хромота, стойкое повышение температуры тела до 38–39° С. При осмотре ребёнок на правую ногу не встаёт, имеется отёк и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Задача №5

Ребёнок 3 мес. выписан из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видны периостальная реакция и очаг разрежения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объёме, безболезненны.

Ваша тактика?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: Острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза правой плечевой кости. Омфалит. Пиодермия. План обследования: общий анализ крови, СОЭ. Лечение: пункция плечевого сустава, при получении гноя в сустав вводят антибиотик широкого спектра действия. Местно – повязка Дезо, антибактериальная терапия с учётом спектра чувствительности возбудителя, симптоматическая терапия. На 10-е сутки показана рентгенография правой плечевой кости.

Задача №2

Диагноз: острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левой плечевой кости. Местно показаны наложение повязки типа Дезо и УВЧ. Антибактериальная терапия с учётом чувствительности возбудителя, инфузионная, симптоматическая терапия. Через 10 дней – рентгенография плечевой кости.

Задача №3

Диагноз: подозрение на острый гематогенный остеомиелит проксимального метаэпифиза левой бедренной кости. Показаны радиоизотопное исследование, вытяжение по Шеде, антибактериальная и симптоматическая терапия.

Задача №4

Диагноз: подозрение на острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Показаны УЗИ заинтересованной области, анализ крови. Лечение: экстренное оперативное (остеоперфорация кости).

Задача №5

Ребёнок здоров, показано наблюдение, через месяц следует провести контрольный анализ крови и рентгеновский снимок бедренной кости.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребенок трех недель жизни госпитализирован в стационар в тяжелом состоянии. Вялый, отказывается от груди, отмечается падение веса. Кожные покровы желтовато-серого оттенка. Температура повышена до 38,5° С, сыпь на коже. Живот равномерно вздут, пальпируются увеличенные печень и селезенка. Наблюдается кровавая рвота, мелена. Анализ крови: эритроциты – $2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $22,5 \times 10^9/л$, резкий сдвиг миелоцитов, выражена токсическая зернистость лейкоцитов. Посев крови: высеян стафилококк.

Поставьте диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечебная тактика.

Задача №2

Мальчик 1 месяца жизни заболел остро. Резко ухудшилось общее состояние. Отказывается от груди, температура тела – 38,5° С. Вначале беспокойный, ребенок стал вялым, адинамичным. Кожа приобрела сероватый оттенок. На спине в межлопаточной области мать заметила

красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось. Утром на следующий день родители вызвали врача на дом. Участковый педиатр немедленно направил ребенка в детское хирургическое отделение. При поступлении в клинику температура тела 40° С. Язык обложен, сухой, большой родничок запавший. Тоны сердца глухие, пульс до 180 в 1 минуту, мягкий. В крови: 21×10^9 лейкоцитов, со сдвигом лейкоформулы до юных форм. Очаг поражения локализуется в области спины и поясничной области. Кожа гиперемирована, отёчна, в центре выявляется синюшность и пологое углубление.

Поставьте диагноз. Какая помощь должна быть оказана ребенку? Этиопатогенез заболевания. Прогноз заболевания.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Сепсис новорожденного. Форма (стадия) – септицемия. Комплексное клиническое и бактериологическое обследование. Современный мировой стандарт диагностики сепсиса – выявление и анализ критериев синдрома системного воспалительного ответа (SIRS).

Лечение комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм (коррекция гомеостаза);
- в) местное лечение (санация всех воспалительных очагов).

Задача №2

Некротическая флегмона новорожденного, токсико-септическая форма. В прогнозе заболевания имеет решающее значение срочное начало лечения. В описанном случае квалифицированная помощь оказана только через два дня.

Лечение комплексное:

- а) воздействие на микроорганизм;
- б) воздействие на макроорганизм;
- в) местное лечение.

Прогноз, в связи с запущенностью процесса, осложнившегося сепсисом, сомнительный. Все критерии синдрома системного воспалительного ответа в тексте задачи названы. Местный процесс может быть проявлением сепсиса или осложниться развитием сепсиса.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 14
(ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА.») С УКАЗАНИЕМ
ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Бригадой скорой медицинской помощью доставлена девочка 2 лет с подозрением на перелом верхней трети костей левого предплечья.

Анамнез: час назад, во время прогулки ребенка с матерью, ребенок оступился, при этом мама, пытаясь удержать ребенка, потянула за руку на себя. В момент травмы мамы услышала «хруст» в руке.

Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье слегка согнуто в локтевом суставе, пронировано, рука свисает вдоль туловища.

Локальный статус. Отека нет. Изменений контуров области локтевого сустава нет. Пальпация болезненна в проекции лучевой кости. Активные движения в локтевом суставе резко ограничены. Попытка супинации предплечья болезненна.

1. Какой диагноз наиболее вероятный у данной пациентки?
2. Дети какой возрастной группы страдают данной травмой?
3. Составьте и обоснуйте план лечения.
4. Критерии вправления подвывиха.
5. Ваши рекомендации по иммобилизации при выписке.

Задача №2

Бригадой скорой медицинской помощью доставлен мальчик 10 лет с подозрением на перелом нижней трети костей левого предплечья.

Анамнез: час назад, во время игры в футбол, ребенок упал на ладонь вытянутой руки.

Объективно: положение конечности вынужденное: предплечье согнуто под углом 100 градусов в локтевом суставе, пронировано, здоровая рука поддерживает за кисть больную.

Локальный статус. Целостность кожных покровов не нарушена. Отек незначительный. Деформация в области дистального эпиметафиза лучевой кости. Пальпация болезненна в нижней трети лучевой кости. Активные движения в смежных суставах ограничены, болезненны.

Рентгенография нижней трети костей предплечья в двух взаимно перпендикулярных проекциях: отделение эпифиза лучевой кости единым блоком от метафиза на половину поперечника кости в тыльную сторону.

1. Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Составьте план лечения данного пациента, укажите допустимое смещение после репозиции на Р-грамме.
5. Ваши рекомендации при выписке.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

1. Закрытый пронационный подвывих головки лучевой кости левого предплечья.
2. От 1 года до 3 лет. Также подвывих головки луча может возникать у грудных детей и у детей старше от 3 до 7 лет.
3. Без предварительной анестезии врач одной рукой захватывает кисть и лучезапястный сустав ребенка, другой рукой локтевой сустав и, слегка надавливая большим пальцем на головку лучевой кости, производит тягу по оси предплечья, супинацию и сгибание. При неудачной попытке вправления возможно вместо супинации производить пронацию предплечья.
4. Через 1-2 минуты больной безболезненно и в полном объеме производит активные и пассивные движения в локтевом суставе. Также в ряде случаев большим пальцем ощущается щелчок.
5. Иммобилизация не нужна. Только в случае затрудненного вправления подвывиха можно зафиксировать руку косыночной повязкой на 1-2 дня.

Задача №2

1. Закрытый эпифизеолиз дистального эпиметафиза лучевой кости левого предплечья со смещением отломков.
2. Обоснование диагноза: отличие остеоэпифизеолиза от эпифизеолиза. 1 При эпифизеолизе линия перелома проходит только по зоне роста. 2 При остеоэпифизеолизе линия перелома проходит одновременно по зоне роста и по метафизу и/или диафизу.
3. Не требуется.
4. Обезболивание – внутривенный наркоз. Закрытая одномоментная ручная репозиция, после которой допустимое смещение возможно до одной пятой поперечника кости. Лонгетная гипсовая повязка по тыльной стороне от головок пястных костей до верхней трети плеча.
5. ЛФК, иммобилизация 3-4 недели.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 15
(ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

В результате пожара воспламенилась одежда на ребёнке. Пламя затушили. При осмотре: состояние тяжелое, заторможен, безучастен, пульс частый, артериальное давление снижено, дыхание поверхностное. На коже лица пузыри с прозрачным содержимым, вскрывшиеся пузыри, участки обугленной кожи.

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Задача №2

В результате пожара жилого помещения парень получил ожог головы, передней поверхности туловища и верхних конечностей. Больной крайне возбуждён, на лице имеются вскрывшиеся пузыри, на передней поверхности грудной клетки плотная тёмная корка, в области живота вскрывшиеся пузыри.

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

1. Диагноз: термический ожог лица II-III степени, ожоговый шок.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) ввести обезболивающие средства;
 - б) наложить асептическую повязку, уложить;
 - в) согреть ребенка, напоить горячим чаем;
 - г) срочно госпитализировать в хирургический стационар.

Задача №2

1. Диагноз: термический ожог лица, передней поверхности грудной клетки, верхних конечностей, живота III-IV ст. Ожоговый шок (эректильная фаза).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) введение обезболивающих средств (50% р-р анальгина 2,0-4,0 в/м, баралгина, тригана, спазгана);
 - б) расслабление одежды по швам;
 - в) наложить асептическую повязку, укутать в одеяло;
 - г) согреть пострадавшего, напоить горячим чаем, кофе, щелочное питье;
 - д) следить за сознанием, дыханием, сердцебиением.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 16
(ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ, ОСТЕОХОНДРОПАТИИ. РОДОВЫЕ
ПОВРЕЖДЕНИЯ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

Ребенок А. от первой беременности. Матери 23 года. У женщины вегетососудистая дистония с 16 летнего возраста. В женской консультации на учете с 7 недель беременности. При обследовании выявлен равномерно суженный таз. Отмечался токсикоз первой половины в течение двух недель. Анемия легкой степени во второй половине беременности. В 30-32 недели отмечались отеки на ногах. В анализах мочи - следы белка. Роды в срок, затяжные. Продолжительность первого периода 25 часов. Проводилась родостимуляция окситоцином. Второй период 30 минут. Безводный промежуток 6 часов. Околоплодные воды светлые, передние и задние, в умеренном количестве. Плацента не изменена, околоплодные оболочки целы, без признаков воспалительных изменений.

Родился мальчик в головном предлежании с массой тела 4350 г., без обвития пуповины. Отмечалось затруднение выведения плечиков. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. При первом осмотре отмечено снижение активных движений в правой руке – лежит вдоль туловища, плечо ротировано внутрь, в кисти движения сохранены. В левой руке и нижних конечностях мышечный тонус физиологический. Сухожильные рефлексы в левой руке резко снижены. Черепно- мозговая иннервация не нарушена. По органам и системам без патологических отклонений.

Предполагаемый диагноз?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Перинатальное поражение нервной системы травматического генеза: периферический паралич Дюшенна-Эрба.

**ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 17
(ТЕМА «Пороки и заболевания передней брюшной стенки») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО
(ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)**

Задача №1

В отделение доставлен новорожденный через 2 часа после рождения. Ребенок бледный, вялый. В области пупка имеется опухолевидное образование, покрытое прозрачными, блестящими оболочками, через которые видны петли тонкого кишечника и край печени. Пуповинный остаток

отходит от вершины этого образования. Диаметр дефекта брюшной стенки 7-8 см, высота «опухоли» -6-7 см. На операции эмбриональные оболочки удалены и осуществлено сшивание краев дефекта, после чего наступила остановка дыхания.

Ваш диагноз? Причина остановки дыхания? Современная лечебная тактика?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: эмбриональная грыжа пупочного канатика. Причина остановки дыхания в погружении кишечника в "малый" по размерам живот, тем самым, ограничив экскурсию диафрагмы.

Лечебная тактика:

1. Правильно выбрать способ оперативного лечения: одномоментное закрытие дефекта, пластика по Гроссу, консервативное лечение.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Спустя 36 часов с момента рождения у новорожденного появилась рвота с примесью мекония, беспокойство, стало прогрессировать обезвоживание. Отхождения газов и мекония не было. Объективно: живот вздут, мягкий. Анус сформирован правильно. При осмотре через прямую кишку определяется препятствие на глубине 3 см.

Ваш диагноз? Лечебно-диагностическая тактика? Оценка сроков диагностики?

Задача №2

У новорожденного в течение 24-х часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр родильного дома осмотрел ребенка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Ребенок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

Какие допущены ошибки? Какова диагностическая и лечебная тактика?

Есть ли необходимость проводить исследование по Вангенстину? Опишите возможные анатомические варианты порока.

Задача №3

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3000 г. Состояние после рождения удовлетворительное. Со стороны сердца и лёгких 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. Возраст 1 сут. В анализах крови: рН 7,32; рСО₂ 36 мм.рт.ст.; ВЕ – 4; Нб 220 г/л; Нт 65%.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, тактика лечения?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз атрезии ануса необходимо ставить при первичном осмотре ребенка сразу после рождения. Дальнейшее обследование ребенка в хирургическом стационаре предусматривает дифференциальную диагностику между атрезией ануса и прямой кишки (методика Вангенстина).
Лечебная тактика – операция.

Задача №2

Диагноз: низкая врожденная кишечная непроходимость. Атрезия прямой кишки. Лечебно-диагностическая тактика:

1. Коррекция обезвоживания, промывание желудка.
2. Операция: брюшно-промежностная проктопластика.
3. Ранняя диагностика атрезии прямой кишки заключается в зондировании ее в течение первого часа с момента рождения.

Задача №3

Диагноз: атрезия ануса, высокая атрезия прямой кишки. Показаны УЗИ промежности, рентгенограмма в боковой проекции в положении вниз головой, электромиография мышц анального сфинктера, УЗИ почек, ЭКГ, ЭхоКГ.

Оперативное лечение после предоперационной подготовки.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

Ребёнок родился от первой беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша на сроке 20 нед. Роды на 36-й неделе беременности с частичной отслойкой плаценты, начинающейся асфиксией плода. Околоплодные воды зелёные. Закричал слабо, после аспирации содержимого из ротоглотки и введения в сосуды пуповины лекарственных препаратов по Персианинову. Оценка по шкале Апгар 6-7 баллов. Масса тела 2200 г. Состояние после рождения расценено как тяжёлое, ребёнок вял, адинамичен, гипотоничен. Дыхание аритмичное, тахипноэ, тахиаритмия. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Желтуха со 2-х суток.

Со 2-х суток начато кормление сцеженным молоком. Сосал вяло, срыгивал, периодически с примесью жёлчи. Живот мягкий, вздут. Меконий отошёл в первые сутки, в последующие дни стул мекониальный, со слизью, 2-3 раза скудными порциями. Теряет массу тела.

К 6-м суткам состояние ребёнка ухудшилось, нарастали явления токсикоза и эксикоза. Повторная рвота кишечным содержимым, при зондировании удалено 60 мл желудочного содержимого. Кожные покровы бледные, цианотичные, с мраморностью, тургор тканей снижен, акроцианоз. Живот вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Брюшная стенка отёчна. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула нет. При осмотре из прямой кишки получен скудный стул с прожилками алой крови. Диурез 0,5 мл/кг/час.

1. Ваш предварительный диагноз, план обследования?
2. Тактика лечения?

Задача №2

Девочка 9 лет доставлена в хирургическое отделение. Из анамнеза известно, что она находится на диспансерном учете у гастроэнтеролога с диагнозом: Идиопатический гепатит. Внезапно появилась обильная рвота с большой примесью жидкой крови и в виде сгустков. Больная жалуется на общую слабость, сонливость. При осмотре кожные покровы бледные, суховатые. ЧСС 115 в минуту, пульс сниженного напряжения и наполнения, артериальное давление 80/45 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, усилен рисунок вен передней брюшной стенки. Напряжения мышц живота не отмечено, печень не пальпируется, селезенка выступает на 10 см, плотная безболезненная. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л, эритроциты $2,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,0 \times 10^9/л$, СОЭ 30 мм/ч. В общем анализе мочи белок – следы, лейкоциты 1-3 в поле зрения, эритроциты 0-1 в поле зрения, ацетон отриц. Биохимический анализ крови: натрий 132 ммоль/л, калий 3,9 ммоль/л, кальций 2,3 ммоль/л, общий белок 49 г/л, альбумин 31%, билирубин 24 ммоль/л, АЛТ 98 ед., АСТ 102 ед., холестерин 7,3 ммоль/л, глюкоза 4,2 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. План обследования?
3. Дальнейшая тактика?
4. Этиология, патогенез заболевания?

Эталонные ответы на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагноз: некротический язвенный энтероколит, стадия предперфорации. Показана рентгенография брюшной полости. Лечение: инфузионная терапия, направленная на коррекцию водно-электролитных нарушений, и наблюдение в течение ближайших 2–4 ч. При отсутствии положительной динамики со стороны ЖКТ показана экстренная операция.

Задача №2

Кровотечение связано с эрозией варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии. Диагноз подтверждается спленомегалией и наличием асцита, расширением вен передней брюшной стенки (голова Медузы). Тактика: остановка кровотечения консервативными методами (заместительная, гемостатическая терапия), при неуспехе - срочная операция. Диагноз подтверждается обнаружением варикозных вен пищевода (фиброэзофагоскопия, рентгеноскопия), доплероскопией вен брюшной полости, УЗИ печени. Лечение портальной гипертензии комплексное. Операции - различные типы шунтирования бассейна воротной вены и нижней полой вены.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗНЬ ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен ребенок, 3,5 лет, с жалобами на жидкий стул с обильной примесью малоизмененной крови, слабость, бледность. Из анамнеза известно, что заболел остро с резкой боли в животе, в дальнейшем присоединился жидкий стул. Срок заболевания 2 часа. Объективно: ребенок вялый, сознание спутано, резкая бледность кожи и слизистых, пульс 130 ударов в минуту, малого наполнения, АД 80/25 мм рт.ст. При осмотре rectum на высоте пальца патологических образований не выявлено. Живот умеренно вздут, мягкий, умеренно болезненный в области пупка, объемных образований нет.

15. Предположительные диагнозы.

16. Лечебно-диагностическая тактика.

17. Этиопатогенез заболевания.

Задача №2

С первых дней жизни у 10-дневного мальчика отмечается вздутие живота, периодическая рвота с примесью дуоденального содержимого. Меконий и переходный стул отходили с трудом, только после клизмы, газы не отходят. Ребенок вялый, кожные покровы сухие. Живот вздут, мягкий, на глаз определяются вздутые петли кишок, при перкуссии живота – резкий тимпанический звук.

1. Предположительный диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.

Задача №3

В поликлинику обратилась мать с 4-летним мальчиком. С рождения страдает запорами, которые с 9-месячного возраста приняли упорный характер. Очистительными клизмами удается добиться стула один раз в 2-3 дня. Ребенок отстает в развитии, есть признаки алиментарной дистрофии, хронической интоксикации. Живот увеличен в объеме, мягкий. В левой половине живота пальпируются опухолевидные образования тестоватой консистенции, безболезненные.

- Предположительный диагноз.
- Классификация данного заболевания. Какая форма описана в данном случае?
- Наметьте план обследования и лечебных мероприятий.
- Этиопатогенез заболевания.

Задача №4

Мальчик 10-ти лет через 3 часа после падения с велосипеда и удара руля в живот жалуется на многократную рвоту, резкие боли в животе. Объективно: кожа бледная, видимые слизистые цианотичны. Занимает вынужденное положение на правом боку с согнутыми и приведенными к животу ногами. В левом подреберье ссадина. Дыхание ритмичное, 23 в минуту. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, аускультативно везикулярное дыхание. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных качеств, АД - 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мышечное напряжение и резкая болезненность во всех отделах, положительный симптом Щеткина. Притупление в отлогих местах не определяется, перистальтика вялая. Симптом Пастернацкого отрицательный, патологии в моче не выявлено.

1. Предположительный диагноз.
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Дифференциальный диагноз при повреждении органов брюшной полости у детей.

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Диагнозы: язва дивертикула Меккеля, осложненная кровотечением? Полип толстого кишечника?

Тактика: консервативная терапия, направленная на остановку кровотечения и борьбу с геморрагическим шоком, переливание эритромаcсы по показаниям, при продолжающемся кровотечении - операция: лапаротомия, ревизия кишечника. При обнаружении хирургической патологии - резекция кишечника.

Задача №2

У ребенка следует предполагать острую форму болезни Гиршпрунга. Первым мероприятием при подобных состояниях следует считать очистительные клизмы и введение газоотводной трубки. Диагноз подтверждается ирригографией с барием. Наличие спазмированной удлиненной зоны уточняет диагноз.

Лечение таких больных в грудном возрасте, по возможности, консервативное, заключающееся в выполнении очистительных клизм. Радикальное лечение – брюшно-промежностную протопластику производят в возрасте 1,5-2-х лет.

Задача №3

Болезнь Гиршпрунга. Описана типичная клиническая картина подострой формы болезни. Пальпируемые образования являются каловыми камнями.

Уточнить диагноз позволит ирригография с барием после очистки толстого кишечника с помощью сифонных клизм. После активной предоперационной подготовки, направленной на коррекцию нарушений гомеостаза, - радикальная операция, резекция аганглионарной зоны, являющейся причиной развития мегаколона.

Задача №4

Диагноз: закрытая травма живота, повреждение полого органа и/или поджелудочной железы, перитонит.

Тактика: госпитализация, катетеризация центральной вены и предоперационная подготовка, обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, операция - срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение причин перитонита (ушивание полого органа, брыжейки, поджелудочной железы), промывание и дренирование брюшной полости. Многокомпонентная интенсивная терапия.

ПЕРЕЧЕНЬ ТИПОВЫХ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ») С УКАЗАНИЕМ ПРАВИЛЬНОГО (ПРАВИЛЬНЫХ) ОТВЕТА (ОТВЕТОВ)

Задача №1

В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8° С, тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей.

О каком заболевании идет речь? Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина? Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика.

Задача №2

Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Больна 5 часов. Была 3-кратная рвота, дважды – жидкий стул.

Ваши действия? Опишите лечебно-диагностическую тактику.

Задача №3

У мальчика 2,5 лет трое суток назад повысилась температура до фебрильных цифр, появилась многократная рвота, затем боль при мочеиспускании. Участковым педиатром поставлен диагноз: ОРЗ, назначены антибиотики. На 3-и сутки – госпитализация в педиатрическую клинику с диагнозом: «Острый пиелонефрит». Через 2-е суток – перевод в детскую хирургическую клинику. Объективно: ребенок бледный, вялый, положение вынужденное. При изменении положения тела жалуется на боли в животе. Тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот вздут, болезнен и напряжен в нижних отделах. В правой подвздошной области определяется опухолевидное образование, мягко-эластической консистенции, округлой формы, болезненное. В анализе крови: лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево. В моче лейкоцитурия до 15 в поле зрения.

Ваш диагноз? Назовите ошибки на догоспитальном этапе. Опишите возможные варианты клинической картины данного заболевания. Лечебная тактика.

Задача №4

Коля Н., 10 лет, 2-е сутки после операции срединной лапаротомии, аппендэктомии, разделения межпетельных спаек, промывания и дренирования брюшной полости в подвздошных

областях. Объективно: вялый, адинамичный, бледный, положительный симптом «бледного пятна». Температура 39° С, число дыханий 40 в 1 минуту, пульс 140 в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД – 90/70 мм рт.ст. По желудочному зонду выделяется застойное содержимое. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не прослушивается. Стула не было, газы не отходят. Повязки обильно промокают. Мочи за 18 часов с момента операции – 400 мл.

Рассчитайте программу инфузионной терапии. Каковы основные критерии её эффективности? Какие дополнительные сведения Вам понадобятся для уточнения инфузионной программы?

Эталоны ответов на ситуационные задачи.

Задача №1

Описана клиника острого аппендицита, типичная для ребенка 2,5 лет: интоксикация, гипертермия, жидкий стул. Есть два ведущих симптома аппендицита: локальная боль и дефанс. Даже при наличии сомнений в диагнозе врач обязан направить ребенка в стационар.

Задача №2

Обязательная госпитализация. Осмотр во время естественного сна. Если это не удастся – осмотр во время медикаментозного сна (седуксен, реланиум, ГОМК, поверхностный наркоз). При осмотре определяются два ведущих симптома аппендицита: локальная боль и мышечное напряжение.

Задача №3

Диагноз: деструктивный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс (отграниченный перитонит). Педиатр допустил две ошибки: не учел особенности течения острого аппендицита у детей раннего возраста и забыл, что при любых болях в животе ребенок до 3-х летнего возраста по приказу Министерства здравоохранения должен быть госпитализирован. Тактика: предоперационная подготовка, операция: внебрюшинное вскрытие абсцесса с его дренированием и, возможно, аппендэктомией.

Задача №4

Катетеризация центральной или периферической вены. Общая потребность больного в жидкости состоит из следующих компонентов:

а) физиологические потребности (в 10 лет 1500 мл/сутки);

б) жидкость, идущая на патологические потери – гипертермия (по 10 мл на 1 кг массы тела на каждый градус выше 37); перспирация (15 мл/кг на каждые 20 дыхательных движений выше нормы); парез кишечника (20 мл/кг или прямой учет потери через зонд).

г) жидкость для восполнения имеющегося к данному моменту дефицита жидкости (по клиническим симптомам эксикоза).

Качественный состав инфузионной терапии: коллоиды – гидроксипроксиэтилкрахмалы (волювен), растворы модифицированного желатина (геможель), реополиглюкин, альбумин, свежемороженая плазма; кристаллоиды (10% глюкоза с добавлением калия, солевые растворы).

Критерии эффективности: нормализация центральной и периферической гемодинамики – улучшение качеств пульса, ликвидация симптомов нарушения микроциркуляции, стабилизация ЦВД (4-8 см водного ст.), восстановление диуреза.

Методика оценивания результатов устного опроса на практических и семинарских занятиях

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;
- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение пользоваться ими при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полный, исчерпывающий и аргументированный ответ на заданный вопрос, а также на дополнительные вопросы;
- ответ на вопрос(ы) отличается логической последовательностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполный и слабо аргументированный ответ на заданный вопрос, дополнительные вопросы, что демонстрирует лишь общее представление и элементарное понимание ординатором существа поставленного вопроса(ов), понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается на «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание поставленного вопроса, а также дополнительных вопросов.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№1 (ТЕМА «ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА И ШЕИ»)

1. Расщелины губы и нёба.
2. Короткая уздечка языка, макроглоссия, колобома.
3. Врождённые кисты и свищи шеи.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№2 (ТЕМА «ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ И СПИННОМОЗГОВЫЕ ГРЫЖИ. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»)

1. Черепно-мозговые грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
2. Спинномозговые грыжи. Клиника, диагностика, лечение.
3. Хирургические заболевания щитовидной железы у детей. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№3 (ТЕМА «ВРОЖДЕННАЯ ДОЛЕВАЯ ЭМФИЗЕМА, НАПРЯЖЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ, СЕКВЕСТРАЦИЯ ЛЕГКОГО, АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ»)

1. Аномалии развития легких. Классификация.
2. Врождённая долевая эмфизема. Клиника, диагностика, лечение.
3. Напряженные кисты лёгких. Клиника, диагностика, лечение.
4. Секвестрация легкого. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№4 (ТЕМА «ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС. ДИАФРАГМАЛЬНЫЕ ГРЫЖИ»)

1. Гастроэзофагеальный рефлюкс. Клиническая картина, диагностика и лечение.
2. Диафрагмальные грыжи. Клиническая картина, диагностика и лечение.
3. «Асфиктическое ущемление» ложной диафрагмальной грыжи. Клиника, лечебно-диагностическая тактика.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ

№5 (ТЕМА «ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ, БРОНХОЭКТАТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ. ВОРОНКООБРАЗНАЯ И КИЛЕВИДНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ»)

1. Деструктивные пневмонии. Клиника, диагностика, лечение.
2. Бронхоэктатическая болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
3. Врождённые деформации грудной клетки. Классификация.
4. Воронкообразная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.

5. Килевидная деформация грудной клетки. Клиника, диагностика, лечение.
6. Синдром Поланда. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №6 (ТЕМА «ОПУХОЛИ И КИСТЫ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ. ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА»)

1. Опухоли и кисты лёгких. Клиника, диагностика, лечение.
2. Опухоли средостения. Клиника, диагностика, лечение.
3. Атрезия пищевода. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
4. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика, лечение.
5. Рубцовые сужения пищевода. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
6. Травмы и инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №7 (ТЕМА «АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И МОЧЕТОЧНИКОВ, МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, УРЕТРЫ И РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Аномалии развития мочевыделительной и половой систем. Эмбриопатогенез, классификация.
2. Диагностика патологии МВС. Антенатальная диагностика.
3. Гипоспадия. Классификация, клиника, методы и сроки оперативного лечения.
4. Патология формирования пола. Клиника, диагностика. Тактика ведения больных. Лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №8 (ТЕМА «ОБСТРУКТИВНЫЕ УРОПАТИИ»)

1. Врожденный гидронефроз у детей. Клиника, диагностика, лечение.
2. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Клиника, диагностика, лечение.
3. Обструктивный мегауретер. Клиника, диагностика, лечение.
4. Инфравезикальная обструкция. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №9 (ТЕМА «ПАТОЛОГИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ, СИНДРОМ ОТЁЧНОЙ МОШОНКИ, НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ»)

1. Водянка яичка. Клиника, диагностика, лечение.
2. Паховая грыжа. Клиника, диагностика, лечение.
3. Крипторхизм. Клиника, диагностика, лечение.

4. Варикоцеле. Клиника, диагностика, лечение.
5. Синдром отёчной мошонки. Перечень нозологий. Травма и заворот яичка, острые поражения гидатид придатка яичка. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Неспецифические воспалительные заболевания МВС и половых органов.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№10 (ТЕМА «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ. ТРАВМА ПОЧЕК, МОЧЕТОЧНИКОВ,
МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ И УРЕТРЫ »)**

1. Травма почек. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
2. Травма мочевого пузыря. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
3. Травма уретры. Клиника, диагностика, лечение.
4. Травма органов репродуктивной системы. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№11 (ТЕМА «ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ»)**

1. Омфалит. Клиника, диагностика, лечение.
2. Некротическая флегмона новорождённых. Клиника, диагностика, лечение.
3. Гнойный мастит у новорождённых. Клиника, диагностика, лечение.
4. Панариций. Клиника, диагностика, лечение.
5. Абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение.
6. Рожистое воспаление. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№12 (ТЕМА «ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ»)**

1. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, классификация.
2. Клиническая картина острого гематогенного остеомиелита. Особенности у детей разного возраста, атипичные клинические формы.
3. Диагностика, сроки и тактика лечения острого остеомиелита.
4. Хронический остеомиелит. Диагностическая и лечебная тактика.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№13 (ТЕМА «СЕПСИС У ДЕТЕЙ»)**

1. Этиология и патогенез развития сепсиса. Классификация.
2. Клиника, особенности течения сепсиса у детей раннего возраста.
3. Методы диагностики сепсиса, сроки и тактика лечения.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№14 (ТЕМА «ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВАЯ ТРАВМА»)**

1. Особенности костей и переломов у детей.
2. Переломы позвоночника и костей таза. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
3. Переломы костей верхних и нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
4. Черепно-мозговая травма у детей. Клиника, диагностика, лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№15 (ТЕМА «ТЕРМИЧЕСКАЯ ТРАВМА»)**

1. Ожоги у детей. Классификация, клиника, первая помощь и лечение.
2. Ожоговая болезнь и ожоговый шок. Классификация, клиника, лечение.
3. Обморожения. Классификация, клиника, первая помощь и лечение.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№16 (ТЕМА «ДЕФОРМАЦИИ ШЕИ, ПОЗВОНОЧНИКА И КОНЕЧНОСТЕЙ. ОСТЕОХОНДРОПАТИИ.**

РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ»)

1. Врожденный вывих бедра. Клиника, диагностика, лечение.
2. Врожденная косолапость. Клиника, диагностика, лечение.
3. Врожденная мышечная кривошея. Клиника, диагностика, лечение.
4. Искривления позвоночника. Клиника, диагностика, лечение.
5. Остеохондропатии. Клиника, диагностика, лечение.
6. Особенности строения черепа у новорожденных.
7. Родовые травмы. Клиника, диагностика, первая помощь и лечение.
8. Методы реабилитации детей с интранатальной травмой.

**ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ
№17 (ТЕМА «ПОРОКИ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ»)**

1. Эмбриопатогенез врожденных пороков пупочной области, грыж белой линии живота, патологии желточного и мочевого протоков.
2. Гастрошизис. Клиника, диагностика, лечение.
3. Омфалоцеле. Клиника, диагностика, лечение.
4. Патология урахуса. Классификация, диагностика, лечение.
5. Фунгус пупка. Клиника, диагностика, лечение.

6. Пупочные грыжи. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №18 (ТЕМА «ПИЛОРОСТЕНОЗ, ВРОЖДЕННАЯ И ПРИОБРЕТЕННАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ, АНОРЕКТАЛЬНЫЕ АГЕНЕЗИИ»)

1. Эмбриогенез органов пищеварения.
2. Синдром «рвоты молоком». Перечень нозологий, клиника, дифференциальная диагностика.
3. Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Клиника, диагностика, лечение.
4. Атрезии кишечника. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение.
5. Приобретённая кишечная непроходимость. Этиопатогенез, клиника, лечебно-диагностическая тактика.
6. Атрезия ануса. Клиника, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №19 (ТЕМА «ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ЭНТЕРОКОЛИТ. ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ»)

1. Язвенно-некротический энтероколит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
2. Синдром портальной гипертензии. Перечень нозологий, клиника, диагностика, лечение.
3. Атрезия желчных ходов, киста холедоха. Клиника, диагностика, лечение.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №20 (ТЕМА «ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. БОЛЕЗнь ГИРШПРУНГА. ЗАКРЫТЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ»)

1. Дивертикул Меккеля. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
2. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Травма органов брюшной полости. Классификация, диагностическая и лечебная тактика.

ТЕМЫ МУЛЬТИМЕДИЙНЫХ ПРЕЗЕНТАЦИЙ И РЕФЕРАТОВ ДЛЯ РАЗБОРА НА СЕМИНАРСКОМ ЗАНЯТИИ №21 (ТЕМА «ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ. ПЕРИТОНИТ»)

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика и лечение.
2. Особенности острого аппендицита у детей раннего возраста. Атипичные формы.
3. Осложнения аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, абсцесс, перитонит.
4. Перитониты неаппендикулярной этиологии. Диагностическая и лечебная тактика.

Методические требования к выполнению реферата

Реферат начинается с титульного листа, на котором указывается полное название университета, факультета, кафедры, тема реферата, фамилия автора и руководителя, место (город) и год написания. На следующей странице, которая нумеруется номером «2», обязательно помещается оглавление с точным названием каждой главы и указанием начальных страниц.

Общий объем работы не должен превышать 20 страниц печатного текста. Абзац должен равняться 0,75 см. Поля страницы: левое – 2 см, правое – 1 см, нижнее – 2 см, верхнее – 2 см. Текст печатается через 1,5 интервал. Рекомендуется использовать текстовый редактор Microsoft Word, шрифт Times New Roman, размер шрифта – 12 pt. При работе с другими текстовыми редакторами шрифт выбирается самостоятельно, исходя из требований – 60 строк на лист (через 1,5 интервала).

Подготовка реферата предполагает следующие основные этапы:

1. Выбор темы реферативного исследования и определение круга вопросов, решить которые предполагается в ходе исследования.

2. Составление плана реферативной работы.

3. Работа со справочной литературой.

План реферата включает вводную часть (1 страница), основную часть (13-18 страниц) и заключение (1 страница). Во введении определяется цель исследования, задачи, подлежащие рассмотрению, актуальность избранной темы. Основная часть реферата призвана отразить поэтапный ход исследования. Количество глав и параграфов произвольно и определяется тематикой реферата и замыслом автора. В заключении кратко воспроизводится цель исследования и полученные результаты.

Следует помнить, что полученные выводы должны соотноситься с обозначенными во введении задачами.

Список использованной литературы, прилагаемый к реферату, должен содержать не менее 5-6 наименований и, как минимум, один первоисточник. Поскольку анализ источников служит показателем качества проделанной работы, их выбор не должен быть поверхностным и случайным. Ссылки на приводимые в реферате авторские работы должны быть грамотно оформлены. Список литературы составляется по алфавиту с точным указанием выходных данных книги, статьи согласно требованиям ГОСТ-2008 по библиографическому описанию документа. Список литературы – это перечень книг, журналов, статей с указанием основных данных (место и год выхода, издательство и др.).

Титульный лист реферата оформляется в соответствии со стандартом, включая наименование дисциплины, темы реферативной работы, фамилию и инициалы автора. Подготовленный реферат должен быть скреплен и подшит в папку.

Каждый раздел работы начинается с новой страницы, подразделы – с красной строки. Расстояние между главой и следующей за ней текстом, а также между главой и параграфом составляет 2 интервала.

После заголовка, располагаемого посередине строки, не ставится точка. Не допускается подчеркивание заголовка и переносы в словах заголовка. Страницы работы нумеруются в нарастающем порядке.

Титульный лист включается в общую нумерацию, но номер страницы на нем не проставляется.

Время выступления по теме реферата не должно превышать 15-20 минут.

Шкала оценивания реферата:

- при грамотном представлении каждого пункта содержания работы, начиная с оформления титульного листа и заканчивая списком литературы, соответствующим требованиям ГОСТ, выставляется оценка «5»;

- при грамотном изложении основной части работы, с ошибками в оформлении других частей (содержания, библиографического списка и т.п.) – оценка «4»;
- при смысловых ошибках в основном разделе работы и правильном оформлении других разделов (титульный лист, содержание, список литературы) – оценка «3»;
- при смысловых ошибках в основном разделе работы и неправильном оформлении других разделов – оценка «2».