



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.13 Детская кардиология
Квалификация (специальность)	Врач-детский кардиолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Дмитриев Андрей Владимирович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Мойсеюк Ольга Владимировна	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Белых Наталья Анатольевна	д.м.н., доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Соловьев Анатолий Егорович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1055 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.13 Детская кардиология»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

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

Профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок

подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.16 Детская хирургия включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

Вопросы для итоговой Государственной аттестации.

Раздел 1.

Клиника **острого аппендицита** у детей, особенности клинической картины при атипичном расположении аппендикса и у детей раннего возраста. Оперативное лечение острого аппендицита у детей, его виды. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей с кишечной коликой, мезаденитом, урологическими заболеваниями, инфекционными заболеваниями, заболеваниями половой сферы у девочек и мальчиков. Классификация аппендикулярных перитонитов. Клиническая картина различных форм перитонитов. Обследование больных с аппендикулярными перитонитами. Предоперационная подготовка, оперативное лечение. Послеоперационное ведение детей с перитонитами.

Непроходимость кишечника. Классификация. Спаечная непроходимость кишечника. Виды непроходимости. Ранняя. Поздняя. Причины возникновения. Клинические проявления. Рентгенологические методы диагностики. Консервативная терапия. Оперативное лечение. Показания. Предоперационная подготовка. Показания к резекции кишки. Профилактика спаечной непроходимости. Лапароскопические операции.

Инвагинация кишечника

Этиопатогенез. Классификация. Особенности клинических проявлений зависимости от формы и давности заболевания. Дифференциальный диагноз. Специальные методы диагностики. Консервативные методы лечения. Показания к операции и лапароскопии
Доступы и объем оперативного пособия (особенности техники). Введение послеоперационного периода.

Травма органов брюшной полости

Классификация повреждений органов брюшной полости.

Общие вопросы диагностики. Повреждения паренхиматозных органов. Повреждения селезенки. Особенности диагностики. Консервативное лечение. Показания и особенности оперативного вмешательства.

Повреждения печени. Особенности клинических проявлений. Консервативная терапия Оперативное лечение. Повреждения поджелудочной железы. Повреждения полых органов. Повреждения желудка. Травма двенадцатиперстной кишки. Классификация повреждений.

Особенности клинических проявлений. Оперативное лечение.

Заболевания печени и желчевыводящей системы.

Синдром портальной гипертензии. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Консервативные методы лечения. Оперативное лечение
Холецистит. Холелитиаз. Клиника. Дифференциальная диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез заболевания. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Показания и объемы оперативного вмешательства. Меккелев дивертикул. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика
Особенности оперативного вмешательства.

Первичный перитонит. Этиология заболевания. Клинические проявления.

Оперативное лечение (лапароскопия, лапаротомия)

Дифференциальный диагноз.

Раздел 2.

Гнойная инфекция в хирургии. Общие вопросы гнойной инфекции.

Характер микрофлоры при гнойно-септических заболеваниях. Современные аспекты характеристики микробного пейзажа. Анаэробная инфекция.

Современные вопросы асептики в хирургии. Клинические проявления гнойно-септических заболеваний. Особенности развития гнойно-септических заболеваний в разных возрастных группах. Лечение гнойно-септических заболеваний у детей. Санация гнойного очага. Детоксикационная терапия

Хирургический сепсис. Классификация сепсиса. Патофизиология септического процесса. Клинические проявления сепсиса в разных возрастных группах.

Гнойные заболевания мягких тканей

Флегмона. Причины возникновения. Особенности распространения и хирургические доступы. Фурункул. Методы лечения. Профилактика. Фурункулез. Карбункул. Причины возникновения. Методы лечения. Лимфаденит, аденофлегмона, лимфангоит. Причины возникновения.

Дифференциальная диагностика. Лечение. Рожистое воспаление. Этиология рожистого воспаления. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Осложнения рожистого воспаления

Гнойные заболевания кисти. Панариций. Под-и околоногтевой панариций. Кожный. Сухожильный. Костный. Суставной. Пути распространения при панарициях. Хирургическое лечение. Физиотерапевтические методы лечения панариция. Флегмона кисти. Диагностика Дренирующие разрезы на кисти Физиотерапевтические методы лечения

Остеомиелит. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология и патогенез. Анатомические предпосылки и особенности течения острого гематогенного остеомиелита в разных возрастных группах. Клинические формы острого гематогенного остеомиелита. Дифференциальная диагностика. Особенности развития острого гематогенного остеомиелита детей 1 года жизни. Диагностика заболеваний. Остеоперфорация при остром гематогенном остеомиелите; внутрикостное введение антибактериальных препаратов

Антибактериальная терапия. Иммобилизация, физиотерапия, ЛФК
Отдаленные результаты, реабилитация вопросы диспансеризации

Особенности острого гематогенного остеомиелита костей составляющих тазобедренный сустав. Особенности острого гематогенного остеомиелита плоских костей. Причины перехода острого гематогенного остеомиелита в хроническую форму. Хронический остеомиелит. Диагностика и дифференциальная диагностика.

Консервативные методы лечения физиотерапия, ЛФК, санаторно-курортное лечение

Первично-хронический остеомиелит. Формы первично-хронического остеомиелита. клинические проявления, рентгенодиагностика.

Склерозирующая форма

Гнойный артрит

Этиология и патогенез гнойных артритов. Методы лечения.. Консервативные методы лечения. Пункция сустава, промывание сустава.

Раздел 3.

Заболевания легких и плевры

Пороки развития бронхов и легких. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению
Нагноительные заболевания легких. Бактериальные деструкции легких. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Данные рентгенологического, ультразвукового обследования. Консервативные методы лечения. Оперативное лечение.

Абсцессы легкого. Патогенез Классификация. Клиника. Диагностика. Данные рентгенологического обследования. Консервативные методы лечения (лечебные бронхоскопии, чресбронхиальная катетеризация абсцесса, антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия). Показания к оперативному лечению. Виды хирургического лечения.

Буллы Патогенез Классификация Клиника и диагностика Показания к наблюдению. Показания к лечению Виды лечения Бронхоэктазии

Современное представление о патогенезе Классификация Клиника. Дифференциальная диагностика (с поликистозом, с нагноившимися врожденными кистами, с гипоплазией легкого, с гипоплазией доли легкого, с туберкулезом легкого, с опухолями легких).

Нагноительные заболевания плевры Плевроторакс (гнойный плеврит. Классификация. Клиника Диагностика Показания к консервативному лечению Показания к плевральной пункции. Показания к дренированию плевральной полости.

Пиопневмоторакс. Классификация Клиника Диагностика Пункция плевральной полости

Показания к дренированию плевральной полости. Показания к бронхиальной окклюзии

Показания к оперативному лечению.

Кисты легких и поликистоз Классификация Диагностика кист легких Осложнение кист

Инородные тела трахеи и бронхов Классификация Клиника Локализация

Медиастиниты. Причина возникновения Классификация Клиника Диагностика Значение рентгенологического исследования Методы консервативного лечения Показания к хирургическому лечению Виды операций при медиастинитах Методы дренирования средостения

Перикардиты Причины возникновения Классификация Клиника Методы диагностики Данные рентгенологического исследования Дифференциальная диагностика Методы консервативного лечения Показания к хирургическому лечению Пункция перикарда

Заболевания пищевода

Халазия пищевода Патогенез Клиника Диагностика Дифференциальная диагностика

Консервативное лечение Показания к операции Виды операций

Ахалазия пищевода Причины возникновения Клиника Дифференциальная диагностика

Консервативное лечение Показания к операции Виды операций

Заболевания диафрагмы

Диафрагмальные грыжи Классификация грыж Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Методы диагностики, ее особенности Клиника Дифференциальная диагностика

Хирургическое лечение

Ложные диафрагмальные грыжи Методы диагностики Клиника ложных диафрагмальных грыж Дифференциальная диагностика Хирургическое лечение

Истинные грыжи диафрагмы Методы диагностики Клиника Дифференциальная диагностика Хирургическое лечение

Закрытые и открытые повреждения

Виды пневмоторакса Пневмоторакс закрытый Пневмоторакс открытый
Пневмоторакс клапанный Пневмоторакс напряженный Эмфизема
средостения Диагностика и лечение

Гемоторакс Механизм возникновения Виды гемоторакса

Ранения и разрывы легкого.

Повреждения сердца при проникающем ранении. Клиника повреждения
сердца и крупных сосудов Диагностика Лечение повреждений сердца

Раздел 4.

Патология эпителиальных ходов. Срединные кисты и свищи шеи. Боковые
кисты и свищи шеи. Выбор срока операции

Патология вагинального отростка. Паховые грыжи. Этиопатогенез.
Клиника

Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Сроки
оперативного вмешательства. Техника операции. У мальчиков. У девочек.

Водянка оболочек яичка. Этиопатогенез Классификация Клиника.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Консервативный (показания, сроки и их обоснование). Оперативный
(показания, сроки и их обоснование).

Киста элементов семенного канатика. Киста Нукке. Этиопатогенез. Клиника

Диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения

Грыжи брюшной стенки. Пупочная грыжа. Этиопатогенез. Клиника и
диагностика.

Методы лечения. Консервативный. Оперативный (показания, сроки и их
обоснование)

Грыжи белой линии живота и параумбиликальные грыжи. Этиопатогенез.
Клиника и диагностика. Показания к операции. Сроки оперативного
вмешательства.

Техника операции.

Опухоли и опухолевидные заболевания мягких тканей

Частота доброкачественных опухолей у детей в зависимости от
гистологической характеристики и локализации. Классификация опухолей и
опухолеподобных заболеваний мягких тканей у детей.

Гемангиома. Этиопатогенез. Классификация. Клиника и
диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Консервативный (склерозирующая терапия, лучевая терапия, криотерапия,
гормональная терапия). Оперативный (показания, техника операции)

Лимфангиома Этиопатогенез. Классификация. Особенности роста
опухоли. Клиника и диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы

лечения. Паллиативный. Радикальный

Пигментные пятна. Этиопатогенез. Классификация. Виды невусов. Клиника
и диагностика

Дифференциальная диагностика. Методы лечения. Прогноз

Папиллома. Этиопатогенез. Клиника и диагностика. Дифференциальная
диагностика

Методы лечения

Дермоидные кисты. Этиопатогенез Клиника и диагностика
Дифференциальная диагностика
Техника операции

Мезенхимальные опухоли (фибромы, десмоиды, гигромы, ганглии, липомы, лейомиомы, рабдомиомы, мезенхимомы). Этиопатогенез, классификация. Клиника и диагностика.

Дифференциальная диагностика. Показания к операции. Прогноз
Неврогенные опухоли (нейрофиброма, нейрофиброматоз, ганглионеврома, невринома, симпатогониома). Этиопатогенез, Классификация Клиника и диагностика Дифференциальная диагностика. Показания к операции и особенности оперативной техники

Тератомы. Этиопатогенез. Клиника, типичная локализация Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции и особенности оперативной техники

Прогноз

Ангиодисплазия Пороки развития вен Этиопатогенез Классификация Клиника

Диагностика Дифференциальная диагностика. Методы лечения

Послеоперационное ведение больного. Осложнения. Прогноз

Пороки развития артерий Этиопатогенез Классификация Клиника и диагностика

Дифференциальная диагностика Методы лечения Осложнения Прогноз

Пороки развития лимфатических сосудов Этиопатогенез Классификация Клиника

Диагностика Дифференциальная диагностика Методы лечения
Послеоперационное ведение больного. Осложнения.

Хирургия половых желез. Крипторхизм. Эмбриогенез мужских половых желез, механизм миграции яичек. Этиопатогенез Классификация Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение крипторхизма, выбор оптимальных сроков (консервативное, оперативное).

Раздел 5.

Особенности онкологии детского возраста, нефробластома

Особенности онкологии детского возраста. Частота встречаемости различных новообразований, особенности клинического течения, диагностики и современных методов лечения, реабилитация, диспансерное наблюдение. Нефробластома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения.

Злокачественные опухоли костей

Злокачественные опухоли костей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, рентгенодиагностика, дифдиагностика, принципы лечения и реабилитации.

Опухоли средостения, нейробластома

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы лечения, реабилитация.

Опухоли мягких тканей, тератома

Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика злокачественных и доброкачественных опухолей мягких тканей у детей, принципы лечения и реабилитации.

Поликлиника

Консультативно-диагностический прием. Лабораторная и инструментальная диагностика, роль биопсии. Диспансерное наблюдение.

Раздел 6.

Синдром “острого живота и кишечной непроходимости” у новорожденных и детей грудного возраста.

Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и принципы лечения у новорожденных с врожденной и приобретенной кишечной непроходимостью и перитонитом.

Оценка степени тяжести, степени дегидратации, выбор программы инфузионной терапии. Алгоритм действий на различных этапах оказания неотложной помощи (родильный дом, условия транспортировки, специализированный стационар).

Синдром “рвоты молоком” у детей грудного возраста. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика и алгоритм действия на различных этапах лечения у детей с врожденным пилоростенозом, желудочно-пищеводным рефлюксом, псевдопилоростенозом, пилороспазмом.

Синдром дыхательной недостаточности, вызванный хирургическими болезнями новорожденных

Синдром острой дыхательной недостаточности, вызванный пороками развития и хирургическими заболеваниями верхних дыхательных путей (атрезия хоан, гемлимфангиома, тератома, базальная мозговая грыжа, с-м Пьера-Робина) и патологии грудной полости (диафрагмальная грыжа, спонтанный пневмоторакс, врожденная долевая эмфизема, напряженная киста легкого, ателектаз легкого) у новорожденных. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика, принципы лечения. Алгоритм обследования и лечения.

Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей и костей у новорожденных

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, роль лабораторной диагностики, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, лечение, профилактика осложнений, диспансерное наблюдение. Алгоритм обследования новорожденных с острым гематогенным остеомиелитом, артритом, парезом n. pigoeus, а также флегмоной, рожистым воспалением, адипонекрозом.

Поликлиника

Консультативно-диагностический прием. Организация работы катанестического кабинета. Реабилитация и диспансерное наблюдение. Разбирается тактика на различных этапах лечения: родильный дом, скорая помощь, участковая поликлиническая помощь, стационар.

Раздел 7.

Особенности травматических повреждений у детей различных возрастных групп

Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей у детей, влияющие на виды повреждений, особенности рентгенодиагностики, сроки консолидации, методы хирургического лечения и реабилитации. Современные методы обследования больных с травматическим повреждением (рентгенография, радиоизотопное обследование, ангиография, компьютерная томография, УЗИ). Профилактика детского травматизма.

Повреждения верхней и нижней конечности

Типичные повреждения детского возраста: диафизарные переломы у новорожденных, поднадкостничный перелом, перелом по типу “ивового прута”, эпифизеолиз, метаэпифизеолиз, подвывих головки лучевой кости, патологические переломы. Клиника, диагностика, оказание неотложной догоспитальной помощи. Принципы лечения. Реабилитация.

Повреждения позвоночника и костей таза

Этиопатогенез, клиника, диагностика, неотложная помощь, принципы лечения, реабилитация.

Черепно-мозговая травма..

Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, особенности у детей различных возрастных групп, лечение, реабилитация

Ожоги и отморожения.

Классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение, реабилитация.

Поликлиника.

Организация работы травматологического пункта и кабинета долечивания, принципы диспансерного наблюдения.

Перечень практических навыков

- получать информацию о заболевании, правильно и максимально полно опрашивать родителей (сопровождающих взрослых) больного ребенка, уточняя жалобы, собирать анамнез заболевания и анамнез жизни;
- применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания;
- оценивать тяжесть состояния больного и принимать необходимые меры для выведения больного из состояния, угрожаемого жизни; определять объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать первую медицинскую помощь; определять объем и место оказания дальнейшей медицинской помощи пациенту (в отделении неотложной помощи, стационаре, многопрофильном лечебном учреждении и пр.);
- проводить специальные методы исследования (лабораторные, рентгенологические, функциональные и др.) для выявления общих и специфических признаков заболевания; для уточнения диагноза;

-интерпретировать результаты инструментальных исследований (ультразвукового, рентгеновского, магнитно-резонансной томографии и пр.)
-проводить дифференциальную диагностику, обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного.

Владеть:

- методикой местной анестезии (инфильтративной, проводниковой, новокаиновыми блокадами);
- методикой проведения пункции и катетеризации периферических и центральных вен;
- методикой пункции суставов;
- методикой экскреторной урографии;
- методикой наложения гипсовых повязок;
- методикой наложения скелетного и кожного вытяжения;
- методикой плевральной пункции;
- методикой лапароцентеза;
- методикой катетеризации мочевого пузыря;
- методикой пункционной цистостомии;
- методикой транспортной иммобилизации;
- методикой репозиции переломов костей;
- методикой аппендэктомии;
- методикой грыжесечения;
- методикой вскрытия гнойников;
- методикой резекции ногтевой пластинки;
- методикой первичной хирургической обработки поверхностных ран;
- методикой перевязки сосудов;
- методикой торакоцентеза;
- методикой остеоперфорации;
- методикой удаления поверхностно расположенных инородных тел;
- методикой удаления поверхностно расположенных доброкачественных опухолей мягких тканей;
- методикой обработки термических ожогов.

Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся во время проведения государственного экзамена – выбирает билет с номером задания; время на подготовку не менее 30 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае

составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты междисциплинарного государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты междисциплинарного государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Перечень рекомендуемой литературы:

Основная литература:

1. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.
2. Детская хирургия: клинич. разборы [Текст] : рук. для врачей: [с прил. на компакт-диске] / под ред. А.В. Гераськина. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 215 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-1842-0
3. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей: атлас / под ред. А.Ф. Дронова, А.Н. Смирнова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2008. - 257 с. : ил. - ([Нац. проект "Здоровье"]). - Библиогр.: С. 256-257. - ISBN 978-5-9704-0526-0
4. Политравма. Лечение детей [Текст] : [моногр.] / под ред. В.В. Агаджаняна. - Новосибирск : Наука, 2014. - 246 с. - Библиогр.: С. 215-240. - ISBN 978-5-02-019161-7

Дополнительная литература:

1. Разумовский А.В. Новая модель организации медицинской помощи детям при травмах и ожогах : Учеб.-метод.рек. / А. В. Разумовский, С. А. Бухвалов, А. К. Мартусевич ; Под ред. Воробьева А.В. - Н.Новгород : НГМА, 2009. - 24с.
2. Гуркин Ю.А. Гинекология подростков : Рук.для врачей / Ю. А. Гуркин. - СПб. : Фолиант, 2000. - 574с.
3. Разин М.П. Детская урология-андрология [Текст] : учеб. пособие / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2011. - 127 с. - Библиогр.: С. 125-127.
4. Ульрих Г.Э. Лечение хронической боли у детей с онкологическими заболеваниями [Текст] : учеб. пособие для врачей / Г. Э. Ульрих ; мед. учреждение "Детский хоспис". - СПб. : Типография М. Фурсова, 2013. - 31 с.
5. Мирский В.Е. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков (андрологические аспекты) [Текст] : рук. для врачей / В. Е. Мирский, С. В. Рищук. - СПб. : СпецЛит, 2012. - 484 с.
6. Цыбульский Э.К. Угрожающие состояния в педиатрии: экстренная врачебная помощь [Текст] / Э. К. Цыбульский. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 224 с.
7. Эпидемиология, этиопатогенез и классификация рака почки [Текст] : учеб.-метод. пособие для интернов и клинич. ординаторов по спец. "Хирургия", "Урология", "Онкология" / В. Б. Филимонов, К. В. Пучков, Р. В. Васин ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2011. - 35 с. - Библиогр.: С. 30-35. - 7-20.
8. Червонная Л.В. Пигментные опухоли кожи [Текст] / Л. В. Червонная. - М.: Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 221 с.: ил. - Библиогр.: С. 216-221. - ISBN 978-5-9704-2897-9: 665-00.

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

ЗАДАЧА

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 6 мес через 8 ч от начала заболевания. Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребёнок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе». Ваш предварительный диагноз, тактика врача стационара?

ОТВЕТ

У ребёнка инвагинация кишок. Показаны пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с взвесью сульфата бария. При невозможности консервативного расправления — лапароскопия или лапаротомия.

ЗАДАЧА

У девочки 13 лет в течение 3 дней были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребёнок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6×6 см. Симптом Щёткина–Блумберга положителен. Лейкоцитоз $16,2 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш предварительный диагноз? Тактика врача-педиатра?

ОТВЕТ

Диагноз: острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Показаны госпитализация в детское хирургическое отделение, оперативное лечение.

ЗАДАЧА

Ребёнок 6 лет поступил в клинику с диагнозом цирроза печени. Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота «кофейной гущей». Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Гемоглобин 86 г/л.

Ваш предварительный диагноз? Тактика лечения?

ОТВЕТ

Диагноз: портальная гипертензия, кровотечение из варикозных вен пищевода. Показаны УЗИ органов брюшной полости, контроль гемодинамических показателей. Консервативная гемостатическая терапия, попытка остановки кровотечения придавливанием вен зондом с манжеткой. При неэффективности — экстренная операция.

ЗАДАЧА

К вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 9 лет с жалобами на стойкое повышение температуры тела до 38–39 °С, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. При осмотре ребёнок на ногу не встаёт, движения болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на острый гематогенный остеомиелит бедренной кости. Показано экстренное оперативное лечение (остеоперфорация кости).

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой

аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучаемому предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее _____

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
 высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
 имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

СОГЛАСОВАНО	УТВЕРЖДАЮ
Начальник отдела аспирантуры, ординатуры и магистратуры А.В.Шаханов	проректор по учебной работе профессор О.М. Урясьев
_____ подпись « » 20 г.	_____ подпись « » 20 г.

Фонд оценочных средств
 для государственной итоговой аттестации
 выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –
 программам ординатуры по специальности

31.08.16 Детская хирургия

РЯЗАНЬ, 2018

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия (общее количество страниц 60):

1. Утвержден на заседании кафедры

Протокол № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. _____ / А.Е. Соловьев

2. Утверждена на заседании учебно-методической комиссия по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры

Протокол № ____ от « ____ » _____ 20__ г.

Председатель комиссии, доцент, к.м.н. _____ /Л.В. Твердова

3.Согласована с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____ /А.А. Сидоров

4.Утверждена на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № ____ от ____ _____ 201__ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Билет №1	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№2	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10
Билет №3	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№4	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №5	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№6	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №7	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№8	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №9	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№10	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№11	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№12	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№13	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№14	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№15	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10
Билет№16	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10
Билет№17	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10
Билет№18	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10
Билет№19	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-

	8,ПК-9,ПК-10
Билет№20	УК-1,ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Вариант 1

1. При хронических запорах, неподдающихся консервативной коррекции необходимо обследование:
 - А. пневмоирригография
 - Б. исследование по Вангенстину
 - В. обзорной рентгенографии брюшной полости
 - Г. ирригография

2. Выявленная при ирригографии расширенная, многопетлистая сигмовидная кишка, сглаженность гаустрации после ее опорожнения характерно для:
 - А. долихосигма
 - Б. болезнь Гиршпрунга
 - В. мегаколон
 - Г. спаечная непроходимость кишечника

3. Увеличение размеров живота, выявление при ирригографии зоны сужения в ректосигмоидной области толстой кишки и зоны супрастенотического расширения характерно для:
 - а. долихосигма
 - б. болезнь Гиршпрунга
 - в. мегаколон
 - г. спаечная непроходимость кишечника

4. Болезненность при дефекации на фоне запора и наличие небольшого количества алой крови в стуле является симптомом:
 - а) болезни Гиршпрунга
 - б) дивертикула Меккеля
 - в) трещины ануса
 - г) кишечной инвагинации

5. Обнаружение дефектов слизистой при осмотре ануса подтверждает диагноз:
 - а) болезни Гиршпрунга
 - б) дивертикула Меккеля
 - в) трещины ануса
 - г) полипа толстой кишки
 - д) кишечной инвагинации
 - ж) врожденный ангиоматоза толстой кишки

6. Какие лабораторные исследования подтверждают диагноз полипа толстой кишки, трещины ануса:

- а) проба Абелева-Татарина
- б) анализ факторов свертываемости крови
- в) анализ кала на дисбактериоз кишечника
- г) специфических нет

7. Для уточнения источника кровотечения из нижних отделов толстой кишки назначается:

- а) ирригография
- б) ректороманоскопия
- в) УЗИ органов брюшной полости
- г) пневмоирригография

8. Обнаружение при ректороманоскопии на слизистой прямой кишки шарообразного выпячивания слизистой на “ножке” подтверждает диагноз:

- а) болезни Гиршпрунга
- б) дивертикула Меккеля
- в) трещины ануса
- г) полипа толстой кишки

9. При кровоточащем полипе рекомендуется:

- а) наблюдение с периодическими ректороманоскопиями 1 раз в 6 месяцев
- б) оперативное лечение
- в) диагностическая колоноскопия
- г) УЗИ брюшной полости

10. Высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой желчью, запавшего живота, в прямой кишке слизь с кровью
- б. в прямой кишке - слизистые пробки
- в. рвотой кишечным содержимым
- г. алой кровью из прямой кишки

11. Низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой желчью, зеленью
- б. болезненным животом
- в. рвотой кишечным содержимым, вздутым животом
- г. в прямой кишке слизь с кровью

12. Повышение тонуса симпатической нервной системы вызывает:

- а. спазм сфинктеров
- б. усиление перистальтики
- в. расслабление сфинктеров

г. повышение секреторной функции

13. Ведущим рентгенологическим симптомом механической непроходимости является:

- а. уровни жидкости в кишечных петлях
- б. равномерное повышенное газонаполнение кишечника
- в. свободный газ в брюшной полости
- г. наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости

14. Для высокой кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:

- а. затемнение брюшной полости, серп воздуха под диафрагмой
- б. один уровень жидкости, два уровня жидкости
- в. множественные уровни жидкости
- г. повышенное равномерное газонаполнение кишечника

15. Для низкой кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:

- а. затемнение брюшной полости
- б. один уровень жидкости
- в. множественные уровни жидкости
- г. повышенное равномерное газонаполнение кишечника

16. Перитонит у детей часто развивается вследствие осложнения:

- а. деструктивного аппендицита
- б. инвагинации
- в. кишечной непроходимости
- г. кишечной колики

17. Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:

- а. недоразвитие сальника, преобладание экссудации в воспалительном процессе
- б. особенности возбудителя, массивная инвазия
- в. малый объем брюшной полости, снижение пластических функций брюшины
- г. повышенная кровоточивость тканей

18. Клиническими симптомами криптогенного перитонита являются

- а. боли в животе, понос и рвота, активное напряжение мышц живота
- б. гипертермия, боли в животе, пассивное напряжение мышц живота
- в. боли в животе, субфебрилитет
- г. понос и рвота, пассивное напряжение мышц живота

19. Криптогенный перитонит возникает у:

- а. девочек до 5-х лет
- б. девочек старше 12 лет
- в. мальчиков до 1 года

г. мальчиков старше 14 лет

20. Дайте определение понятию “острый живот”

а. клинический синдром, развивающийся при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и не требующий экстренной хирургической помощи

б. клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий экстренной хирургической помощи

в. симптом при острых болях в животе и требующий экстренной хирургической помощи

г. клинический синдром, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства и требующий плановой хирургической помощи

21. Назовите группы заболеваний, не относящихся к “острому животу”

а. острые нарушения проходимости по желудочно-кишечному тракту

б. острые воспалительные заболевания брюшной полости

в. кровотечения в просвет полых органов или в брюшную полость

г. объемные образования брюшной полости

22. У ребенка с острым диафизарным остеомиелитом в 1-3 сутки наблюдаются симптомы, все кроме:

а. местная гипертермия

б. флюктуация

в. выраженный венозный рисунок

г. боль при пальпации

23. Рентгенологически острый гематогенный остеомиелит в первые сутки заболевания дифференцируют с:

а. с переломом

б. с вывихом

в. с ушибом

г. опухолью

24. Ранние рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита у детей старшего возраста появляются через:

а. в течение первой недели

б. на 2 неделе

в. на 3 неделе

г. после месяца

25. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы, все кроме:

- а. резкая локальная боль
- б. постепенное начало
- в. стойкая гипертермия >38
- г. нарушение функции

26. Для ревматоидного артрита у детей характерны ранние симптомы:

- а. острое начало, стойкая гипертермия >38 , нарушение функции
- б. летучие боли в суставах, постепенное начало, припухлость и боль в области сустава
- в. нарушение функции, боль при перкуссии, летучие боли в суставах
- г. острое начало, боль при перкуссии, припухлость и боль в области сустава

27. Для костно-суставного туберкулеза у детей характерны симптомы:

- а. постепенное начало, положительный симптом Александрова, увеличение регионарных лимфоузлов, утолщение суставной сумки и выпот
- б. стойкая гипертермия >38 , острое начало, положительный симптом Александрова, летучие боли в суставах
- в. летучие боли в суставах, увеличение регионарных лимфоузлов, утолщение суставной сумки и выпот
- г. положительный симптом Александрова, припухлость и боль в области сустава, атрофия мышц, утолщение суставной сумки и выпот

28. Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить со всеми заболеваниями, кроме:

- а. туберкулеза
- б. саркомы
- в. рахита
- г. флегмоны

29. Рентгенологические признаки острого гематогенного метадиафизарного остеомиелита характеризуются

- а. линейной периостальной реакцией, расширением суставной щели, с-мом "луковичной кожуры"
- б. нечеткостью структуры костных балок, линейной периостальной реакцией, иголючатым периоститом
- в. наличием очагов деструкции, нечеткостью структуры костных балок, линейной периостальной реакцией
- г. расширением суставной щели, иголючатым периоститом, с-мом "луковичной кожуры"

30. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей старше 3 лет состоят из:

- а. пункции сустава, вытяжении по Шеде

- б. полуспиртовые компрессы, антибиотикотерапия
- в. применением мазевых повязок, физиолечение
- г. остеоперфорации, дренировании гнойных затеков

31. Наиболее характерным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- а. Ограничение отведения бедер
- б. Симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание)
- в. Укорочение ножки
- г. Асимметрия ножных складок

32. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:

- а. В период новорожденности
- б. В первые полгода жизни
- в. До 1 года
- г. Показано оперативное лечение

33. Дисплазию тазобедренных суставов необходимо лечить:

- а. Массажем
- б. Тугим пеленанием
- в. Шиной-распоркой
- г. Облегченной гипсовой повязкой

34. Методы лечения врожденного вывиха бедра в возрасте 1 месяца:

- а. Облегченная гипсовая повязка
- б. Одномоментное вправление под наркозом
- в. Широкое пеленание
- г. Шины-распорки

35. Методы лечения врожденного вывиха бедра в возрасте с 6 месяцев:

- а. Физиолечение
- б. ЛФК
- в. Массаж
- г. Все ответы верны

36. Для клиники врожденного вывиха бедра характерны симптомы:

- а. Соскальзывания
- б. Ограничения отведения бедер
- в. Все ответы верны
- г. Относительного укорочения конечности

37. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра:

- а. Смещение головки бедра выше линии Келлера и кнаружи от линии Омбредана
- б. Шеечно-диафизарный угол $< 100^\circ$

- в. Симптом «зеленой ветки»
- г. Уменьшение ацетабулярного индекса

38. Основными клиническими симптомами врожденной долевой эмфиземы являются:

- а. Смещение средостения в сторону патологии
- б. Перкуторно коробочный звук на больной стороне
- в. Перкуторно притупление звука на больной стороне
- г. Средостение не смещено

39. К смещению средостения в больную сторону приводят:

- а. Пневмороракс
- б. Аплазия легкого
- в. Диафрагмальная грыжа
- г. Секвестрация легкого

40. Отсутствие устья одного из бронхов во время бронхоскопии характерно для:

- а. Агенезии легкого
- б. Аплазии легкого
- в. Гипоплазии легкого
- г. Секвестрации легкого

41. Наиболее достоверным методом диагностики при подозрении на лобарную эмфизему следует считать:

- а. Обзорную рентгенографию грудной клетки
- б. Бронхоскопию
- в. Бронхографию
- г. Компьютерную томографию грудной полости

42. Основным осложнением гипоплазии легких является:

- а. Гнойное воспаление
- б. Малигнизация
- в. Кровотечение
- г. Гипертензия малого круга

43. Ведущими симптомами гнойно-воспалительного процесса в легких являются:

- а. Сухой кашель
- б. Влажный кашель
- в. Кровохарканье
- г. Частые бронхиты

44. Гнойно-воспалительные осложнения наблюдаются часто при пороках:

- а. Агенезия легкого
- б. Ателектаз легкого

- в. Гипоплазия легкого
- г. Врожденная лобарная эмфизема

45. Наиболее достоверным методом диагностики при подозрении на легочную секвестрацию:

- а. Компьютерная томография грудной полости
- б. Компьютерная томография грудной полости с внутривенным введением контрастного вещества
- в. Бронхоскопия
- г. Бронхография

46. Наиболее быстрое развитие бронхоэктазии вызывают инородные тела:

- а. Пластмассовые
- б. Металлические
- в. Органические
- г. Стекланные

47. Наиболее достоверным методом выявления инородных тел дыхательных путей является:

- а. Рентгеноскопия
- б. Бронхоскопия
- в. Полипозиционная КТ
- г. Бронхография

48. Острая бактериальная деструкция легких по генезу может быть:

- а. Гематогенная
- б. Лимфогенная
- в. Осложненная
- г. Не осложненная

49. Деструкция легких с плевральными осложнениями наблюдается при инфекции:

- а. Стрептококк
- б. Стафилококк
- в. Грибы рода кандиды
- г. Клебсиелла

50. Наиболее информативным методом ранней диагностики деструктивной пневмонии является:

- а. УЗИ
- б. Посев мокроты
- в. Р-графия
- г. МРТ

51. В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется:

- а. Напряженный пиопневмоторакс
- б. Пневмоторакс
- в. Абсцесс
- г. Плащевидный плеврит

52. Деструктивные пневмонии чаще встречаются у детей:

- а. До 3 лет
- б. От 3 до 5 лет
- в. От 5 до 7 лет
- г. Старше 7 лет

53. Булезная форма деструкции легких является стадией заболевания:

- а. Начальной
- б. Разгара
- в. Реконвалесценции

54. К плевральным осложнениям деструктивной пневмонии относятся:

- а. Пневмоторакс
- б. Пиопневмоторакс
- в. Абсцесс легкого
- г. Буллы

55. Первая помощь при ожоге полости рта и пищевода едкими жидкостями заключается:

- а. В/в инфузии солевых растворов
- б. Форсированный диурез
- в. Промывание желудка
- г. Введение налоксона

56. Если ребенок 1,5 лет выпил уксусную эссенцию в первую очередь необходимо:

- а. Промывание желудка проточной водой
- б. Инфузионная терапия
- в. Промывание желудка щелочным раствором
- г. Форсированный диурез

57. Рубцовые сужения пищевода возможны при ожогах какой степени:

- а. 1
- б. 2
- в. 3

58. Профилактикой рубцового стеноза пищевода при ожогах является:

- а. Бужирование

- б. Пластика пищевода
- в. Постановка зонда Блэкмора
- г. Гастростомия

59. Основными симптомами ожога ротоглотки и пищевода являются:

- а. Диаррея
- б. Саливация
- в. Анемия
- г. Сухость полости рта

60. Ребенок с ожогом пищевода 3 степени должен наблюдаться хирургом в течение:

- а. Недели
- б. Месяца
- в. Года
- г. Всей жизни

61. Основными симптомами перфорации пищевода являются:

- а. Головная боль
- б. Боли в животе
- в. Боли за грудиной
- г. Рвота кровью

62. Инородное тело пищевода проявляется симптомами:

- а. Рвота
- б. Одышка
- в. Гипертермия
- г. Затруднение глотания

63. Клиническими симптомами объемного образования брюшной полости являются:

- а. увеличение живота, подвижность образования
- б. западение живота
- в. отек брюшной стенки
- г. усиление перистальтики кишечника

64. Обследование новорожденного ребенка с синдромом объемного образования необходимо начать с:

- а. обзорной рентгенографии брюшной полости
- б. экскреторную урографию
- в. УЗИ
- г. Компьютерную томографию

65. Наиболее частым осложнением больших гемангиом печени является:

- а. разрыв печени

- б. кровотечение
- в. дыхательная недостаточность
- г. тромбоцитопения

66. Какой из вариантов гепатобластом более благоприятный в плане прогноза:

- а. фетальный
- б. эмбриональный
- в. макротрабекулярный
- г. недифференцированный

67. Какой главный маркер гепатобластом:

- а. С-реактивный белок.
- б. 17-Кетостероиды
- в. альфа-фетопротеин
- г. ацетилхолинэстераза

68. Для кисты общего желчного протока существует классическая триада симптомов:

- а. рвота, ахоличный стул, гипертермия.
- б. желтуха, рвота, опухолевидное образование в животе
- в. боли в животе, рвоты, ахоличный стул
- г. боли в животе, желтуха, опухолевидное образование брюшной полости

69. У новорожденных с эмбриональной грыжей встречаются синдромы:

- а. Видемана-Беквита
- б. Поланда
- в. Каудальной регрессии
- г. Эллерса-Данлоса

70. При гастрошизисе эвентрированные кишечные петли:

- а. покрыты вартановым студнем
- б. покрыты разорванными оболочками
- в. пуповина проходит с боку от дефекта брюшной стенки
- г. пуповина проходит внутри оболочек грыжи

71. Сколько этапов обследования регламентировано приказом “о совершенствовании пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных заболеваний у детей”:

- а. два
- б. три
- в. четыре
- г. пять

72. С какого срока гестации возможна визуализация гастрошизиса:

- а. 5 нед.
- б. 7 нед.
- в. 10 нед.
- г. 14 нед.

73. Выделите группы заболеваний органов брюшной полости, которые не выявляются при антенатальном УЗИ-обследовании:

- а. нарушение формирования просвета кишечной трубки
- б. аномалии ротации и фиксации средней кишки
- в. объемные образования брюшной полости
- г. гастрошизис

74. Расширение лоханки почки при антенатальном УЗИ может быть признаком:

- а. гидронефротической трансформации почки
- б. мультикистозной трансформации почки
- в. удвоения почки
- г. нефроптоз

75. К гнойно-воспалительным заболеваниям мягких тканей относятся:

- а. адипонекроз
- б. аденофлегмона
- в. рожа
- г. синдром Казабах-Меррит

76. У новорожденных некротическую флегмону вызывает возбудитель:

- а. стафилококк
- б. стрептококк
- в. протей
- г. синегнойная палочка

77. У новорожденных некротическая флегмона проявляется симптомами:

- а. пятнистая гиперемия
- б. инфильтрация сплошная
- в. инфильтрация бугристая
- г. гиперемия локальная

78. У новорожденных некротическая флегмона лечится:

- а. консервативно повязка с томицидом
- б. насечки, повязка с томицидом, УВЧ
- в. насечки, повязка с мазью Вишневского
- г. антибиотики, УВЧ

79. У новорожденных рожистое воспаление вызывает возбудитель:

- а. стафилококк
- б. стрептококк

- в. протей
- г. синегнойная палочка

80. У новорожденных рожистое воспаление проявляется симптомами:

- а. пятнистая гиперемия
- б. разлитая гиперемия
- в. инфильтрация бугристая
- г. местная температура норма

81. К причинам, способствующим возникновению инвагинации у детей грудного возраста относятся:

- а. морфофункциональная незрелость стенки кишки
- б. аганглиоз кишечной стенки
- в. ангиоматоз кишечника
- г. спайки брюшной полости

82. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами:

- а. острое внезапное начало, выделения слизи и крови из прямой кишки
- б. гипертермия, стул с кровью
- в. постоянное беспокойство
- г. неукротимая рвота

83. Основоположником академической научной школы детской хирургии в нашей стране является:

- а. С.Д.Терновский
- б. Г.А.Баиров
- в. С.Я.Долецкий
- г. Ю.Ф.Исаков

84. Перспективным направлением современной детской хирургии является внедрение

- а. эндоскопических методов оперативного лечения
- б. фетальной хирургии
- в. лазерной хирургии
- г. гнотобиологической хирургии

85. Дети с какой патологией могут стать пациентами центра амбулаторной хирургии?

- а. черепно-мозговая травма
- б. плановая хирургическая патология
- в. врожденная диафрагмальная грыжа
- г. ано-ректальной области

86. Оперативное лечение в центре амбулаторной хирургии выполняется детям в возрасте с:

- а. 6 месяцев
- б. 1 года
- в. 3 лет
- г. 5 лет

87. Криотерапия в амбулаторных условиях проводится детям с:

- А. лимфангиомой
- Б. дермоидной кистой
- В. гемангиомой кавернозной
- Г. простой растущей ангиомой

88. Для ожога первой степени характерно:

- а. Гиперемия кожи в области поражений
- б. Образование пузырей с серозной жидкостью
- в. Потеря функции
- г. Коагуляция и некроз всего эпителиального слоя и дермы

89. При глубоких степенях отморожения конечности первая помощь состоит в:

- а. Растирании снегом, шерстью
- б. Погружении в теплую воду
- в. Футилярной новокаиновой блокаде
- г. Введении сосудорасширяющих средств

90. Для закрытой травмы живота с повреждением полого органа характерно:

- а. Укорочение перкуторного звука в отлогих местах
- б. Выраженные симптомы раздражения брюшины
- в. Симптом «Ваньки-встаньки»
- г. Профузное кровотечение

91. Для закрытой травмы селезенки характерны симптомы:

- а. «Френикус»-симптом
- б. Все ответы верны
- в. Укорочение перкуторного звука в левой половине живота
- г. Слабый симптом Щеткина-Блюмберга

92. Для закрытой травмы печени характерны следующие симптомы:

- а. Положительный симптом Пастернацкого
- б. Симптом «Ваньки-встаньки»
- в. Болезненность и слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье
- г. Свободный газ в брюшной полости

93. При родовой травме внутренних органов чаще повреждаются:

- а. Печень, селезенка

- б. Тонкая кишка
- в. Толстая кишка
- г. Мочевого пузыря

94. Для клиники врожденной мышечной кривошеи характерно:

- а. Высокое стояние надплечий, лопаток, сколиоз
- б. Спастический паралич шейных мышц
- в. Появление припухлости после резкого поворота головы
- г. Гипоплазия лицевого скелета

95. Причиной врожденной кривошеи является:

- а. Обширные рубцы кожи
- б. Клиновидные шейные позвонки
- в. Острый, хронический миозит
- г. Вывих и перелом шейных позвонков

96. При лечении врожденной мышечной кривошеи необходимо:

- а. Консервативное лечение с 2-х недель жизни
- б. Вытяжение на петле Глиссона
- в. ЛФК
- г. Оперативное вмешательство

97. Боли в животе у ребенка часто возникают при:

- а. остром аппендиците, мезадените, пиелонефрите
- б. сиалоадените
- в. опухоли Вильмса
- г. пневмонии

98. Больной с острым аппендицитом занимает положение в постели:

- а. на спине;
- б. на животе;
- в. на правом боку с приведенными ногами;
- г. на левом боку;

99. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- а. локальная боль, температура и рвота
- б. активное напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- в. пассивное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- г. симптом Орнера и рвота

100. Чаще лимфангиомы локализуются в области

- а. головы, подмышечной впадины
- б. конечностей, спины
- в. подмышечной, подчелюстной области

Г. подчелюстной, спины

Ответы Вариант 1.

1. -Г	35.Г	69.А
2. -а	36.В	70.В
3. -Б	37.А	71.Б
4. -В	38.Б	72.Г
5. -В	39.Б	73.Б
6. -Г	40.А	74.А
7. -Б	41.А	75.Б
8. -Г	42.Б	76.А
9. Б	43.Б	77.Б
10.А	44.В	78.Б
11.В	45.Б	79.Б
12.А	46.В	80.Б
13.А	47.Б	81.А
14.Б	48.А	82.А
15.В	49.Б	83.А
16.А	50.В	84.А
17.А	51.Г	85.Б
18.Б	52.А	86.Б
19.А	53.В	87.Г
20.Б	54.Б	88.А
21.Г	55.В	89.Г
22.Б	56.В	90.Б
23.А	57.В	91.Б
24.В	58.А	92.В
25.Б	59.Б	93.А
26.Б	60.В	94.Г
27.А	61.В	95.Б
28.В	62.Г	96.А
29.В	63.А	97.А
30.Г	64.В	98.В
31.А	65.Г	99.В
32.А	66.А	100.-В
33.А	67.В	
34.Г	68.Г	

Вариант №2

1. Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы:

- а. острое начало, стойкая гипертермия, вынужденное положение конечности
- б. постепенное начало, резкая локальная болезненность
- в. летучие боли в суставах, боль при перкуссии
- г. нарушение функции конечности, нормальная температура

2. Для ревматоидного артрита у детей характерны:

- а. острое начало, стойкая гипертермия, вынужденное положение конечности
- б. постепенное начало, припухлость, летучие боли в области сустава
- в. постепенное начало, резкая локальная болезненность
- г. нарушение функции конечности, нормальная температура

3. У ребенка с острым диафизарным остеомиелитом в 1-3 сутки наблюдаются симптомы:

- а. местная гипертермия, распирающие боли, нарушение функции ближайшего сустава
- б. гиперемия, флюктуация, гипертермия
- в. наличие свищей
- г. увеличение в размерах конечности, флюктуация

4. Ранние рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита дистального метадиафиза бедренной кости у ребенка 6-ти лет появляются через:

- а. в течение первой недели;
- б. на 2-3 неделе;
- в. на 3-4 неделе;
- г. после месяца.

5. Дифференциальный диагноз острого гематогенного остеомиелита у детей необходимо проводить с:

- а. туберкулезом, травмой, простой флегмоной
- б. ревматизмом, рахитом, саркомой Юинга
- в. рахитом, остеоидостеомой
- г. артрогрипозом.

6. Ранние рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита характеризуются:

- а. линейной периостальной реакцией, наличием очагов деструкции
- б. картиной «тающего снега» на рентгенограммах кости
- в. игольчатым периоститом
- г. наличием периостального козырька

7. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей старше 3-х лет состоят из:

- а. остеоперфорации, дренирования гнойных затеков
- б. пункции сустава, санации
- в. полуспиртовые компрессы
- г. секвестрэктомии

8. Принципы хирургического лечения острого гематогенного остеомиелита у детей грудного возраста состоят из:

- а. остеоперфорации
- б. дренировании гнойных затеков
- в. промывании костной полости антисептиками
- г. пункции сустава, санации

9. У новорожденных стафилококк вызывает:

- а. некротическую флегмону, мастит
- б. простую флегмону
- в. адипонекроз
- г. рожистое воспаление

10. У новорожденных стрептококк вызывает:

- а. некротическую флегмону
- б. простую флегмону
- в. адипонекроз;
- г. рожистое воспаление

11. Для костно-суставного туберкулеза у детей характерны симптомы:

- а. постепенное начало, утолщение суставной сумки и выпот, увеличение регионарных лимфоузлов
- б. стойкая гипертермия, летучие боли в суставах
- в. припухлость и боль в области сустава, постепенное начало
- г. постепенное начало, атрофия мышц

12. Хирургическими инфекциями называют:

- а. любые инфекции, возникающие в хирургическом стационаре
- б. инфекции, в лечении которых используются хирургические методы
- в. любые инфекции, возникающие в послеоперационном периоде
- г. инфекции, вызванные резистентной микрофлорой

13. Остеомиелит у детей старшего возраста характеризуется:

- а. воспалением только компактного вещества кости
- б. воспалением только костного мозга
- в. воспалением костного мозга, распространяющимся на компактное вещество кости и окружающие ткани
- г. воспалением костной ткани и близлежащего сустава

14. Острое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при:
- а. геморрагической болезни новорожденных, неспецифическом язвенном колите
 - б. портальной гипертензии, Меккелевом дивертикуле
 - в. полипе прямой кишки
 - г. трещинах слизистой заднего прохода
15. Хроническое кровотечение из пищеварительного тракта у детей возникает при:
- а. неспецифическом язвенном колите
 - б. рефлюкс-эзофагите
 - в. полипозе кишечника
 - г. во всех случаях
16. Осложнениями хронических запоров у детей являются:
- а. трещина ануса, каломазание, выпадение слизистой прямой кишки
 - б. рак прямой кишки, кровотечение
 - в. полипообразование
 - г. во всех случаях
17. К наиболее часто встречающимся анатомическим вариантам врожденного трахеопищеводного свища относится:
- а. узкий длинный в шейном отделе
 - б. короткий широкий на уровне первых грудных позвонков
 - в. короткий узкий
 - г. длинный широкий
18. Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является:
- а. кормление сопровождается кашлем
 - б. приступы цианоза во время кормления
 - в. пенистые выделения изо рта
 - г. кормление в вертикальном положении уменьшает кашель и цианоз
19. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:
- а. эзофагоскопия
 - б. трахеобронхоскопия
 - в. проба с метиленовой синькой
 - г. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод
20. Клинические симптомы пилоростеноза обычно проявляются:
- а. в первые дни после рождения

- б. на второй неделе жизни
- в. на третьей неделе жизни
- г. на четвертой неделе жизни

21. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:

- А. склонность к запорам
- Б. желтуха
- В. рвота «фонтаном»
- Г. жажда

22. Масса тела при пилоростенозе характеризуется:

- А. малой прибавкой
- Б. возрастным дефицитом
- В. прогрессирующим снижением
- Г. неравномерной прибавкой

23. При пилоростенозе стул:

- А. скудный, темно-зеленый
- Б. постоянный запор
- В. обильный, непереваренный
- Г. частый, жидкий, зловонный

24. Характер рвоты при пилоростенозе:

- А. створоженным молоком
- Б. желчью
- В. зеленью
- Г. с примесью крови

25. Наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А. симптом «песочных часов»
- Б. вздутие эпигастрия после кормления
- В. пальпация увеличенного привратника
- Г. гипотрофия

26. Из перечисленных заболеваний пилоростеноз чаще дифференцируют с:

- А. с артерио-мезентериальной непроходимостью
- Б. с коротким пищеводом
- В. с ахалазией пищевода
- Г. с халазией пищевода

27. Возрастом интенсивного роста гемангиом является:

- а. первое полугодие жизни
- б. после года
- в. в 7-10 лет
- г. у взрослых

28. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте:

- а. до 1 года;
- б. 2-4 года;
- в. 5-8 лет;
- г. 9-15 лет;

29. Наиболее частая локализация нейробластомы у детей:

- а. забрюшинное пространство;
- б. средостение;
- в. область шеи;
- г. малый таз;

30. Наиболее зрелая нейрогенная опухоль:

- а. симпатогониома;
- б. ганглионеврома;
- в. симпатобластома;
- г. ганглионейробластома;

31. Забрюшинной нейробластоме свойственны:

- а. быстрый рост
- б. раннее метастазирование
- в. выход за пределы капсулы с прорастанием окружающих органов и тканей
- г. все перечисленное

32. Нейробластома метастазирует в:

- а. костный мозг, кости
- б. лимфатические узлы
- в. легкие
- г. печень

33. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей:

- а. высокий уровень эмбрионального альфа-фетопротеина;
- б. высокий уровень катехоламинов в моче;
- в. высокий уровень глюкозы в крови;
- г. "сосудистые звездочки" на коже;

34. Основным методом установочной диагностики при забрюшинных нейробластомах являются:

- а. аортография;
- б. УЗИ;
- в. радионуклидные исследования;
- г. определение экскреции катехоламинов в моче;

35. Наиболее часто дифференциальный диагноз при забрюшинных неорганных нейrogenных опухолях следует проводить с патологией:

- а. почек
- б. надпочечников
- в. поражением забрюшинных лимфатических узлов
- г. со всем перечисленным

36. Остеогенная саркома наиболее часто встречается в возрасте:

- а. до 2 лет;
- б. от 2 до 10 лет;
- в. старше 10 лет;
- г. старше 12 лет;

37. Наиболее характерными клиническими проявлениями остеогенной саркомы у детей являются:

- а. боль при ходьбе;
- б. "ночные боли";
- в. повышение температуры тела;
- г. парестезии в конечностях;

38. Основные клинические симптомы остеогенной саркомы проявляются в следующей последовательности:

- а) нарушение функции конечности;
- б) припухлость;
- в) боль;
- г) повышение температуры тела;
- д) расширенная венозная сеть над опухолью.

- 1. а, б, в, г, д;
- 2. в, б, а, г, д;
- 3. б, в, а, г, д;
- 4. б, а, в, г, д;
- 5. б, г, а, в, д.

39. Остеогенной саркомой поражаются чаще всего:

- а. длинные трубчатые кости;
- б. плоские кости;
- в. кости черепа;
- г. кости таза;

40. Типичной локализацией остеогенной саркомы является:

- а. диафиз трубчатой кости;
- б. метаэпифизарная зона кости;
- в. плоские кости;
- г. эпифиз плечевой кости;

41. Остеогенная саркома метастазирует в:
- а. паховые лимфатические узлы;
 - б. плоские кости;
 - в. легкие;
 - г. кости;
42. Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного до 1,5 лет обусловлена:
- А. повышенным внутрибрюшным давлением
 - Б. диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
 - В. травмой пахово-мошоночной области
 - Г. незаращением вагинального отростка
43. Показанием к проведению консервативной терапии при крипторхизме считают:
- А. крипторхизм в форме паховой ретенции
 - Б. крипторхизм в форме паховой эктопии
 - В. крипторхизм в форме брюшной ретенции
 - Г. двусторонний крипторхизм
44. Для паховой эктопии яичка характерно:
- А. яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала
 - Б. яичко расположено под кожей и смещается к бедру
 - В. яичко не пальпируется
 - Г. яичко определяется на промежности
45. Для перекрута яичка в мошонке характерны:
- А. постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гиперемия
 - Б. внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуация
 - В. внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщение семенного канатика
 - Г. умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитация
46. Больной 13 лет страдает варикоцеле I степени. Ему рекомендовано:
- А. наблюдение в динамике
 - Б. операция Иванисевича
 - В. операция Паломо
 - Г. консервативная терапия, суспензорий, контрастный душ и т.д.
47. Какой вариант догоспитальной помощи показан при перекруте яичка на ранней стадии заболевания:
- А. холод к мошонке
 - Б. новокаиновая блокада семенного канатика
 - В. мануальное раскручивание яичка с последующей операцией
 - Г. массаж мошонки

48. Эхографическим признаком поликистоза почек у детей является:

- А. наличие кист в паренхиме обеих почек
- Б. увеличение почек в размерах
- В. диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны
- Г. деформация чашечно-лоханочного комплекса

49. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

- А. нечеткость рисунка исследуемой почки
- Б. эхо-признаки выпота в брюшной полости
- В. увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ в сочетании с нарушением кровотока
- Г. нечеткость контура поврежденной почки

50. Гематурия нехарактерна для:

- А. гидронефроза
- Б. пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. опухоли почки
- Г. полипа мочевого пузыря

51. Ведущими симптомами полной кишечной непроходимости являются:

- а. рвота патологическими примесями, отсутствие стула и газов
- б. вздутие живота, рвота пищей
- в. асимметрия живота, видимая перистальтика
- г. выделение крови из прямой кишки

52. К высокой кишечной непроходимости относятся:

- а. атрезия ануса, мекониевый илеус
- б. атрезия дуоденум, синдром Ледда, пилоростеноз
- в. атрезия тощей кишки
- г. болезнь Гиршпрунга

53. К низкой кишечной непроходимости относятся:

- а. атрезия привратника
- б. атрезия дуоденум
- в. атрезия ануса, болезнь Гиршпрунга, мекониевый илеус
- г. синдром Ледда, пилоростеноз

54. Уровнем деления на высокую и низкую кишечную непроходимость у новорожденных является:

- а. середина тонкой кишки
- б. трейцева связка
- в. илеоцекальный угол
- г. привратник

55. Обтурационная кишечная непроходимость возникает при:
- а. мекониевом илеусе
 - б. синдроме ледда
 - в. инвагинации
 - г. ущемленной грыже
56. Странгуляционная кишечная непроходимость возникает при:
- а. инвагинации
 - б. атрезии тощей кишки
 - в. болезни Гиршпрунга
 - г. мекониевом илеусе
57. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста проявляется:
- а. острым внезапным началом, выделением крови из прямой кишки
 - б. застойной рвотой, рвотой кишечным содержимым
 - в. рвотой желчью, зеленью
 - г. запавшего живота
58. Высокая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
- а. рвотой желчью, запавшего живота, в прямой кишке - слизистые пробки
 - б. рвотой кишечным содержимым
 - в. в прямой кишке слизь с кровью
 - г. острым внезапным началом
59. Высокая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
- а. рвотой желчью, запавшего живота, в прямой кишке слизь с кровью
 - б. в прямой кишке - слизистые пробки
 - в. рвотой кишечным содержимым
 - г. алой кровью из прямой кишки
60. Низкая обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:
- а. рвотой желчью, зеленью
 - б. болезненным животом
 - в. рвотой кишечным содержимым, вздутым животом
 - г. в прямой кишке слизь с кровью
61. Низкая странгуляционная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

- а. рвотой желчью, зеленью
 - б. подострым началом, высокой температурой
 - в. болезненный, вздутый живот, в прямой кишке слизь с кровью
 - г. в прямой кишке - слизистые пробки, рвота кровью
62. Дискинезия желудочно-кишечного тракта проявляется симптомами:
- а. рвотой желчью, в прямой кишке меконий, вздутым животом
 - б. рвотой кишечным содержимым
 - в. болезненный живот
 - г. в прямой кишке - слизистые пробки
63. Повышение тонуса симпатической нервной системы вызывает:
- а. спазм сфинктеров
 - б. усиление перистальтики
 - в. расслабление сфинктеров
 - г. повышение секреторной функции
64. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является:
- а. уровни жидкости в кишечных петлях
 - б. равномерное повышенное газонаполнение кишечника
 - в. свободный газ в брюшной полости
 - г. наличие уровня жидкости в свободной брюшной полости
65. Для высокой кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:
- а. затемнение брюшной полости, серп воздуха под диафрагмой
 - б. один уровень жидкости, два уровня жидкости
 - в. множественные уровни жидкости
 - г. повышенное равномерное газонаполнение кишечника
66. Для низкой кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:
- а. затемнение брюшной полости
 - б. один уровень жидкости
 - в. множественные уровни жидкости
 - г. повышенное равномерное газонаполнение кишечника
67. Для дискинезии желудочно-кишечного тракта характерен рентгенологический симптом:
- а. затемнение брюшной полости
 - б. один уровень жидкости
 - в. два уровня жидкости
 - г. повышенное равномерное газонаполнение кишечника

68. Для паретической кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:
- а. затемнение брюшной полости, в уровнях жидкости больше чем газа
 - б. в уровнях жидкости меньше чем газа, множественные уровни жидкости
 - в. повышенное равномерное газонаполнение кишечника
 - г. серп воздуха под диафрагмой
69. К urgentным заболеваниям, требующим экстренной операции относятся:
- а. атрезия дуоденум
 - б. синдром Ледда
 - в. болезнь Гиршпрунга
 - г. перитонит
70. Ведущими признаками кишечной непроходимости являются:
- а. вздутие живота и отсутствие рвоты
 - б. рвота патологическим содержимым и болезненность при пальпации
 - в. отсутствие стула и рвота патологическим содержимым
 - г. запавший живот и рвота патологическим содержимым
71. Перфорация кишечника чаще всего у новорожденных возникает при:
- а. аппендиците
 - б. атрезии дуоденум
 - в. атрезии ануса
 - г. некротическом энтероколите
72. Некротический энтероколит чаще развивается при:
- а. перинатальной гипоксии
 - б. атрезии ануса
 - в. мекониемом илеусе
 - г. атрезии подвздошной кишки
73. Острая дыхательная недостаточность возникает при:
- а. родовых повреждениях ЦНС, синдроме Пьера-Робина
 - б. гастрошизисе
 - в. синдроме Ледда
 - г. атрезия пищевода
74. К заболеваниям, вызывающим внутригрудное напряжение относятся:
- а. пневмоторакс, диафрагмальная грыжа
 - б. ателектаз легкого
 - в. атрезия пищевода
 - г. респираторный дистресс синдром

75. Характерные симптомы внутригрудного напряжения:
- смещение средостения в сторону поражения
 - расширение межреберных промежутков на стороне поражения
 - двустороннее поражение грудной клетки
 - болевым с-м на стороне поражения
76. Рентгенологические симптомы внутригрудного напряжения:
- смещение средостения в сторону противоположную патологии
 - сужение межреберных промежутков на стороне поражения
 - симметричное поражение легких
 - смещение средостения в сторону поражения
77. Внутригрудным напряжением проявляются:
- респираторный дистресс синдром
 - спонтанный пневмоторакс
 - ателектаз легкого
 - атрезия пищевода
78. Смещением средостения без напряжения проявляются:
- респираторный дистресс синдром, врожденная долевая эмфизема
 - агенезия легкого, ателектаз легкого
 - спонтанный пневмоторакс, релаксация купола диафрагмы
 - гидроторакс
79. Атрезия пищевода со свищом проявляется:
- одышкой, пенистыми выделениями изо рта
 - срыгиваниями створоженным молоком
 - отсутствием стула
 - смещением средостения
80. Для заболеваний, проявляющихся внутригрудным напряжением характерно:
- патология односторонняя, смещение средостения в противоположную сторону
 - патология двусторонняя
 - смещение средостения в сторону патологии
 - без смещения средостения
81. Основной причиной врожденной долевой эмфиземы является:
- аплазия, гипоплазия хряща долевого бронха
 - аспирация мекония
 - аномальное отхождение легочных сосудов
 - опухоли средостения
82. Врожденная диафрагмальная грыжа проявляется симптомами:

- а. живот запавший, расширение грудной клетки, сердечные тоны смещены
 - в здоровую сторону
 - б. средостение смещено в больную сторону
 - в. на стороне поражения перкуторно притупление
 - г. болевой с-м на стороне поражения
83. В детском возрасте преобладает травматизм:
- А. бытовой;
 - Б. уличный;
 - В. школьный;
 - Г. спортивный;
84. В структуре бытового травматизма преобладают:
- А. повреждения
 - Б. ожоги
 - В. инородные тела
 - Г. отравления
85. Родовой перелом бедренной кости со смещением требует лечения:
- а. открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
 - б. одномоментную закрытую репозицию с последующей иммобилизацией
 - в. вытяжение по Шеде
 - г. лечения не требуется.
86. Родовой перелом ключицы можно заподозрить по:
- А. гематоме в области плечевого сустава;
 - Б. крепитации отломков;
 - В. гемипарезе;
 - Г. реакции на болевое ощущение при пеленании;
87. Повреждение Монтеджа – это:
- А. вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
 - Б. перелом обеих костей предплечья на разном уровне
 - В. перелом только локтевой кости
 - Г. перелом локтевой кости и вывих лучевой кости
88. Чаще 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;
89. При переломе ключицы у ребенка до 1года необходимо наложение повязки:

- А. повязка Дезо;
- Б. торакобрахиальная повязка;
- В. шино-гипсовая 8-образная повязка;
- Г. костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому – Карпенко;

90. При политравме, возникшей вследствие дорожно-транспортного происшествия, у

детей преобладают:

- а. черепно-мозговая травма;
- б. черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей;
- в. повреждения позвоночника и таза;
- г. повреждения таза и верхних конечностей;

91. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса)

наиболее часто возникает в возрасте:

- а. 3-5 лет
- б. 6-10 лет
- в. 11-12 лет
- г. 13-15 лет

92. Основной внешний признак воронкообразной деформации грудной клетки:

- А. западение ребер переднего гемиторакса
- Б. локальное западение рукоятки грудины
- В. локальное западение мечевидного отростка грудины
- Г. западение грудины и прилежащих частей ребер

93. Какие симптомы являются клиническими признаками врожденного вывиха бедра

у ребенка первых дней жизни:

- а. ограничение разведения в тазобедренных суставах, симптом «щелчка»
- б. симптом Щеткина-Блюмберга
- в. симптом «прилипшей пятки»
- г. симптом Тренделенбурга

94. Какой рентгенологической схемой необходимо пользоваться для диагностики

врожденного вывиха бедра при появлении ядра окостенения головок бедренных

костей:

- а. схема Рейнберга
- б. схема Хильгенрейнера-Эрлахера
- в. схема Лоренца
- г. схема Омбредана

95. Начинать консервативное лечение врожденного вывиха бедра следует:
- А. в период новорожденности;
 - Б. в первые полгода жизни;
 - В. до 1 года;
 - Г. в возрасте от 1 года до 3 лет.
96. К типичным формам врожденной косолапости относятся:
- А. варусная контрактура Остена-Сакена
 - Б. амниотическая косолапость
 - В. деформация стоп на почве артрогрипоза
 - Г. мягкотканно-связочная
97. Врожденную косолапость начинают лечить в возрасте:
- А. с 14 дней
 - Б. с 6 месяцев
 - В. с 1 года
98. Паховая грыжа у детей до 3-х лет связана с:
- А. необлитерированным вагинальным отростком брюшины
 - Б. гиперпродукцией водяночной жидкости
 - В. нарушением лимфооттока
 - Г. слабостью передней брюшной стенки
99. Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка:
- А. тяжелая интоксикация и лихорадка.
 - Б. темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии
 - В. наличие выпота в оболочках яичка
 - Г. пальпируется болезненное округлое образование на яичке
100. Наиболее часто встречаемое заболевание яичек:
- А. перекрут гидатиды яичка
 - Б. перекрут яичка
 - В. флегмона Фурнье
 - Г. травматический разрыв яичка

Ответы. Вариант 2.

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

- 37.-б
- 38.-2
- 39.-а
- 40.-б
- 41.-в
- 42.-г
- 43.-а
- 44.-а
- 45.-в
- 46.-г
- 47.-в
- 48.-а
- 49.-в
- 50.-б
- 51.-а
- 52.-б
- 53.-в
- 54.-б
- 55.-а
- 56.-а
- 57.-а
- 58.-а
- 59.-а
- 60.-в
- 61.-в
- 62.-а
- 63.-а
- 64.-а
- 65.-б
- 66.-в
- 67.-г
- 68.-б
- 69.-г
- 70.-в
- 71.-г
- 72.-а
- 73.-а
- 74.-а
- 75.-б

- 76.-а
- 77.-б
- 78.-б
- 79.-а
- 80.-а
- 81.-а
- 82.-а
- 83.-а
- 84.-а
- 85.-в
- 86.-г
- 87.-г
- 88.-а
- 89.-а
- 90.-б
- 91.-б
- 92.-б
- 93.-а
- 94.-а
- 95.-а
- 96.-г
- 97.-а
- 98.-а
- 99.-а
- 100.-а

Вариант 3

001. Контакт организма с безусловно канцерогенными агентами и повреждения, производимые ими в геноме:

- а. во всех случаях приводят к возникновению злокачественных опухолей;
- б. далеко не всегда приводят к возникновению злокачественных опухолей;
- в. никогда не приводят к возникновению злокачественных опухолей;
- г. нет точных данных;

002. Определенное отношение к возникновению лимфомы Беркитта и рака носоглотки у человека имеет:

- а. аденовирус;
- б. вирус Эпштейна — Барр (возбудитель инфекционного мононуклеоза);
- в. Рарова-вирус;
- г. вирус из группы вирусов оспы;

003. К физическим канцерогенным факторам относятся:

- а. ионизирующая радиация;
- б. ультрафиолетовые лучи;
- в. вибрация;
- г. правильны ответы а и б.

004. Доброкачественным опухолям присущи:

- а. инфильтративный рост;
- б. экспансивный рост;
- в. нарушение дифференцировки клеток;
- г. правильны все ответы.

005. В морфологии солидных опухолей детского возраста преобладают:

- а. рак;
- б. саркома;
- в. аденокарцинома;
- г. аденома;

006. К опухолям с местно-деструктивным ростом относятся:

- а. десмоид;
- б. фиброаденома;
- в. миома;

г. липома;

007. Паренхиму новообразования составляют:

- а. собственно опухолевые клетки;
- б. соединительная ткань;
- в. нервные и клеточные элементы стромы;
- г. кровеносные и лимфатические сосуды;

008. К достоинствам метода УЗТ относятся:

- а. неинвазивный характер исследования
- б. безвредность
- в. отсутствие противопоказаний
- г. высокая информативность

009. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте:

- а. до 1 года.
- б. 2 – 4.
- в. 5 - 8
- г. 9 – 15 лет.

010. Особенностью диагностики злокачественных опухолей у детей является:

- а. невозможность получения в большинстве случаев анамнеза от самого пациента;
- б. малое число опухолей, доступных визуальной оценке;
- в. расположение опухолей в труднодоступных для диагностики местах;
- г. все перечисленное.

011. Основным методом лечения остеогенной саркомы является:

- а. хирургический;
- б. лучевой;
- в. химиотерапия;
- г. химиотерапия + операция;

012. Остеогенная саркома метастазирует в:

- а. паховые лимфатические узлы;
- б. плоские кости;
- в. легкие;
- г. кости;

013. Преимущественная локализация остеогенной саркомы:

- а. дистальный отдел бедренной кости;
- б. проксимальный отдел бедренной кости;
- в. дистальный отдел плечевой кости;
- г. тело позвонка;

014. Кальцификаты в виде мелкоточечных хлопьев, расположенных в центральных отделах новообразования при рентгенологическом исследовании могут быть обнаружены при следующих опухолях детского возраста?

- а. При нефробластоме.
- б. При нейробластоме.
- в. При рабдомиосаркоме.
- г. При гепатобластоме.

015. Нейробластома метастазирует в:

- а. костный мозг, кости;
- б. лимфатические узлы;
- в. легкие;
- г. печень;

016. Возрастом интенсивного роста гемангиом является:

- а. первое полугодие жизни
- б. после года
- в. в 7-10 лет
- г. у взрослых.

017. Обтурационная кишечная непроходимость возникает при:

- а. атрезии ануса, атрезии тощей кишки, мекониевом илеусе
- б. атрезии дуоденум, болезни Гиршпрунга,
- в. атрезии тощей кишки, атрезии ануса, атрезии тощей кишки, мекониевом илеусе, пилоростенозе.
- г. болезни Гиршпрунга, пилоростенозе, атрезии ануса.

018. Странгуляционная кишечная непроходимость у ребенка грудного возраста проявляется:

- а. постепенным началом, застойной рвотой, периодическим беспокойством,
- б. острым внезапным началом, периодическим беспокойством, выделением крови из прямой кишки,

- в. застойной рвотой, выделением крови из прямой кишки, периодическим беспокойством,
- г. выделением крови из прямой кишки, рефлекторной рвотой, периодическим беспокойством.

019. Для высокой кишечной непроходимости характерны рентгенологические симптомы:

- а. затемнение брюшной полости
- б. один уровень жидкости
- в. повышенное равномерное газонаполнение кишечника
- г. множественные уровни жидкости

020. Ведущими признаками кишечной непроходимости являются:

- а. вздутие живота и отсутствие рвоты
- б. рвота патологическим содержимым и болезненность при пальпации
- в. отсутствие стула и рвота патологическим содержимым
- г. запавший живот и рвота патологическим содержимым

021. Примесь свежей крови со слизью в стуле характерна для:

- а. высокой обтурационной кишечной непроходимости
- б. странгуляционной кишечной непроходимости
- в. низкой обтурационной кишечной непроходимости
- г. некротического энтероколита.

022. Некротический энтероколит на стадии перфорации проявляется симптомами

- а. рвотой с желчью и кишечным содержимым, отсутствием "печеночной тупости", стулом с алой кровью
- б. стулом с алой кровью, отсутствием "печеночной тупости", отсутствием перистальтики
- в. отсутствием стула и газов, вздутием болезненностью живота, напряжением мышц, стулом с алой кровью,
- г. вздутием с локальной болезненностью живота, отсутствием "печеночной тупости", отсутствием перистальтики, вздутием болезненностью живота, напряжением мышц

023. Этиологическим фактором пилоростеноза является: патология привратника

- а. генетический порок

- б. пептический стеноз
- в. симпатотония
- г. ваготония

024. Врожденный пилоростеноз диагностируется методами:

- А. УЗИ внутренних органов, рентгенографии в положении Тренделенбурга.
- Б. фиброгастроскопии, ирригографии.
- В. рентгенографии контрастной, фиброгастроскопии, УЗИ внутренних органов.
- Г. рентгенографии в положении Тренделенбурга, компьютерной томографии.

025. Этиологическим фактором “пилороспазма” является:

- а. генетический порок зоны привратника.
- б. пептический стеноз привратника.
- в. мембранозный стеноз привратника.
- г. симпатотония.

026. “Пилороспазм” проявляется симптомами

- а срыгивания молоком с рождения
- б рвотой створоженным молоком с 3-4 недель
- в "мокрой подушки"
- г поносами.

027. Какой из вариантов гепатобластом более благоприятный в плане прогноза:

- а. фетальный
- б. эмбриональный
- в. макротрабекулярный
- г. недифференцированный

028. Для кисты общего желчного протока существует классическая триада симптомов:

- а. рвота, ахоличный стул, гипертермия.
- б. желтуха, рвота, опухолевидное образование в животе
- в. боли в животе, рвоты, ахоличный стул
- г. боли в животе, желтуха, опухолевидное образование брюшной полости

029. У новорожденных с эмбриональной грыжей встречается

синдром:

- а. Видемана-Беквита
- б. Поланда
- в. Каудальной регрессии
- г. Эллерса-Данлоса.

030. При гастрошизисе эвентрированные кишечные петли:

- а. покрыты вартановым студнем, пуповина проходит внутри оболочек грыжи.
- б. покрыты разорванными оболочками, пуповина проходит внутри оболочек грыжи .
- в. оболочки вартанова студня отсутствуют, пуповина проходит с боку от дефекта брюшной стенки.
- г. пуповина проходит с боку от дефекта брюшной стенки, покрыты разорванными оболочками.

031. Выделите признаки, характерные для атрезии пищевода при антенатальном УЗИ-обследовании:

- а. многоводие, микрогастрия.
- б. маловодие, микрогастрия.
- в. микрогастрия ,гипоплазия легких,
- г. гипоплазия легких, отсутствие визуализации пищевода.

032. У новорожденных рожистое воспаление вызывает возбудитель:

- а. стафилококк
- б. стрептококк.
- в. протей.
- г . синегнойная палочка.

033. При остром гематогенном остеомиелите у новорожденных поражается отделы кости:

- а. эпифизарный, метаэпифизарный.
- б. метаэпифизарный, суставная поверхность.
- в. метадиафизарный, диафизарный.
- г. суставная поверхность, эпифизарный.

034. Единственным симптомом, позволяющим дифференцировать острый гематогенный остеомиелит от пареза n. pigoeus является

- а. сгибательная контрактура в суставах

- б. болезненность при сгибании - разгибании
- в. болезненность при ротационных движениях
- г. отсутствие активных движений.

035. При остром гематогенном остеомиелите рентгенография костей выполняется от начала заболевания на:

- а. первые сутки
- б. 5 – 6 день
- в. 10 сутки
- г. 21 день

036. При лечении острого гематогенного остеомиелита назначают антибиотики:

- а. широкого спектра.
- б. противостафилококковые.
- в. противострептококковые.

037. Какой отдел кости поражается при гематогенном остеомиелите Новорожденных:

- а. метадиафизарный.
- б. эпифизарный.
- в. метаэпифизарный.

038. Транспортировка новорожденного с синдромом внутригрудного напряжения:

- а. горизонтальное
- б. возвышенное на здоровом боку
- в. возвышенное на больном боку.

039. Ведущими признаками атрезии пищевода являются:

- а. вздутие живота и рвота неизменным молоком
- б. пенистое отделяемое из ротовой полости, невозможность проведения зонда в желудок
- в. разлитой цианоз, множественные хрипы при аускультации
- г. запавший живот и рвота створоженным молоком.

040. Рентгенологические признаки желудочно-пищеводного рефлюкса:

- а. заброс контрастного содержимого из желудка в пищевод
- б. симптом «проваливания».

в. СИМПТОМ «КЛЮВА».

г. отсутствие пневматизации желудка на обзорном снимке.

041. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами:

а. острое внезапное начало, периодическое беспокойство, выделения слизи и крови из прямой кишки

б. гипертермия, выделения слизи и крови из прямой кишки

в. периодическое беспокойство, неукротимая рвота,

г. постоянное беспокойство, выделения слизи и кров стул с кровью и из прямой кишки, неукротимая рвота.

042. Для подтверждения диагноза кишечной инвагинации ребенку необходимо выполнить:

а. пневмоирригографию,

б. ФЭГДС,

в. РКТ.

043. Обтурационная кишечная непроходимость проявляется симптомами:

а. острое внезапное начало, выделение крови из прямой кишки.

б. периодическое резкое беспокойство, перистальтика не выслушивается.

в. застойная рвота, стула нет, ампула ректум пустая.

г. рефлекторная рвота, живот болезненный напряженный.

044. Характерными симптомами болезни Гиршпрунга являются:

а. застойная рвота, стул только после клизмы

б. периодическое вздутие живота, хронические запоры, стул только после клизмы

в. постоянное вздутие живота, самостоятельный стул только летом

г. самостоятельный стул только летом, отсутствие перистальтики.

045. Рентгенологические признаки болезни Гиршпрунга состоят из:

а. зоны сужения, задержка контраста на отсроченных снимках

б. супрастенотического расширения, сглаженности или отсутствия гаустр, зоны сужения, задержка контраста на отсроченных снимках

в. сглаженности или отсутствия гаустр, дефекта наполнения

г. задержка контраста на отсроченных снимках, дефекта наполнения

046. Какие критерии функциональных запоров не относятся к римским критериям:

- а. фрагментированный (“бобовидный”, “овечий”) или твердый кал
- б. натуживание занимающее по меньшей мере 25% времени дефекации или уменьшение массы стула менее 35 г/сут.
- в. ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже, чем при одном из четырех актов дефекации
- г. тошнота, рвота

047. Какое определение болезни Гиршпрунга из нижепредложенных правильное:

- а. аганглиоз тонкой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- б. гипоганглиоз толстой и тонкой кишки.
- в. аганглиоз толстой кишки с поражением межмышечного и подслизистого слоев.
- г. трансверзоколоптоз.

048. Лечение функциональных запоров включает:

- а. Диета, Физиотерапия, ЛФК
- б. ЛФК, Ректороманоскопия
- в. Физиотерапия, ЛФК, Ректороманоскопия
- г. Лапароскопия, ЛФК. Ректороманоскопия

049. При атрезии прямой кишки у девочек наиболее часто встречается свищ

- а. ректостембюлярный
- б. ректовагинальный
- в. ректоуретральный
- г. ректовезикальный

050. Наиболее характерными изменениями картины крови при остром аппендиците является

- а. умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез
- б. гиперлейкоцитоз, нейтрофилез
- в. лейкопения
- г. отсутствие изменений

051. Больной с острым аппендицитом занимает положение в постели:

- а. на спине;

- б. на животе;
- в. на правом боку с приведенными ногами;
- г. на левом боку;

052. Перитонит у детей чаще развивается вследствие осложнения

- а. аппендицита
- б. аднексита
- в. меккелева дивертикулита
- г. инвагинации

053. Криптогенный перитонит возникает у

- А. девочек до 3-х лет
- Б. девочек старше 12 лет
- В. мальчиков до 1 года
- Г. мальчиков старше 14 лет

054. Тактика лечения при выявлении абсцесса:

- а. консервативное лечение
- б. вскрытие одним разрезом
- в. вскрытие множественными разрезами
- г. радикальное иссечение гнойного очага

055. Тактика лечения при выявлении абсцесса:

- а. консервативное лечение
- б. вскрытие одним разрезом
- в. вскрытие множественными разрезами
- г. вскрытие радиальными разрезами

056. Рожистое воспаление у детей новорожденных чаще встречается в области:

- а. низа живота
- б. лица и шеи
- в. голеней
- г. предплечий

057. Местное лечение неосложненной формы рожистого воспаления требует:

- а. теплые марганцевые ванночки
- б. повязки с эритромициновой мазью, УФО

в. повязки с мазью Вишневского

г. УВЧ

058. Для острого гематогенного остеомиелита у детей

характерны ранние симптомы:

а. острое начало, вынужденное положение конечности, стойкая гипертермия >38 ,

б. постепенное начало, субфебрильная температура, боли при активных движениях.

в. стойкая гипертермия >38 , постепенное начало, боль при движении

г. нарушение функции, деформация, усиление боли при пассивных и активных движениях конечности, отсутствие температуры

059. Для костно-суставного туберкулеза у детей

характерны симптомы:

а. постепенное начало, положительный симптом Александра, увеличение регионарных лимфоузлов, утолщение суставной сумки и выпот

б. стойкая гипертермия >38 , положительный симптом Александра, утолщение суставной сумки и выпот

в. летучие боли в суставах, положительный симптом Александра

г. положительный симптом Александра, атрофия мышц, припухлость и боль в области сустава

060. Критериями для постановки диагноза сепсиса являются:

а. наличие очага инфекции + синдром системной воспалительной реакции;

б. бактериемия + полиорганная недостаточность;

в. наличие очага инфекции + бактериемия.

г. полиорганная недостаточность + синдром системной воспалительной реакции;

061. Характер рвоты при кровотечении при Меккеле дивертикуле:

а. кровь вишневого цвета

б. “кофейная гуща”

в. пищей во время еды

г. рвота не характерна

062. Характер крови в стуле при трещине прямой кишки

а. “малиновое желе”

б. дегтеобразный

- в. алая после дефекации
- г. стул с прожилками алой крови

063. Осложнениями хронических запоров у детей являются

- а. трещина ануса, выпадение слизистой прямой кишки, каломазание
- б. каломазание, кровотечение
- в. рак прямой кишки полипообразование
- г. кровотечение, выпадение слизистой прямой кишки

064. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ С РВОТОЙ КРОВЬЮ И ДЕГТЕОБРАЗНЫМ СТУЛОМ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ДИАГНОЗАМИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- а. гастродуоденит; неспецифический язвенный колит.
- б. кровотечение из расширенных вен пищевода; неспецифический язвенный колит.
- в. язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки; неспецифический язвенный колит.
- г. Меккелев дивертикул; неспецифический язвенный колит.

065. У ребенка с рвотой кровью показана экстренная

- а. фиброэзофагогастродуоденоскопию
- б. ангиографию
- в. радиоизотопное исследование
- г. УЗИ и доплерографию сосудов системы воротной вены

066. Кровотечение при подозрении на меккелев дивертикул требует обследования:

- а. ангиографию, лапароскопию
- б. радиоизотопное исследование, лапароскопию
- в. рентгенография пищеварительного тракта с контрастом, лапароскопию
- г. фиброколоноскопия, лапароскопию

067. Этиология и патогенез синдрома портальной гипертензии при внепеченочной форме включает все кроме:

- а. идеопатическую трансформацию воротной вены
- б. тромбоз воротной вены
- в. флебит системы воротной вены
- г. хронический персистирующий гепатит

068. Первые признаки гемангиом проявляются в виде:

- а. небольшого красного пятна
- б. пигментного образования
- в. обширной опухоли
- г. инфильтрат

069. Лимфангиомы лечатся:

- а. консервативно
- б. гормонами
- в. хирургически
- г. эндоваскулярно

070. Дермоидные кисты лечатся

- а. пункцией
- б. радикальным удалением
- в. криогенным воздействием
- г. гормональными препаратами

071. Способы лечения простых гемангиом

- а. криодеструкция, хирургическое лечение (удаление)
- б. склеротерапия, СВЧ-деструкция
- в. лучевая терапия, хирургическое лечение (удаление)
- г. гормонотерапия, СВЧ-деструкция

072. Отсутствие устья одного из бронхов во время бронхоскопии характерно для:

- а. Агенезии легкого
- б. Аплазии легкого
- в. Гипоплазии легкого
- г. Секвестрации легкого

073. Для напряженной воздушной кисты легкого характерны следующие симптомы кроме:

- а. Ослабление дыхания на стороне поражения
- б. Наличие при перкуссии легочного звука с коробочным оттенком
- в. Смещение средостения в противоположную сторону
- г. Стойкая гипертермия

074. Наиболее неблагоприятной, требующей хирургического лечения является форма бронхоэктазии:

- а. цилиндрическая
- б. мешотчатая
- в. кистозная

075. В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется

- а. напряженный пиопневмоторакс, плащевидный плеврит
- б. пневмоторакс, плащевидный плеврит,
- в. инфильтрат, плащевидный плеврит
- г. плащевидный плеврит, плащевидный плеврит

076. К плевральным осложнениям деструктивной пневмонии относятся все кроме:

- а. пневмоторакс
- б. пиопневмоторакс
- в. пиоторакс
- г. плащевидный плеврит

077. Врожденные стенозы пищевода чаще всего встречаются на уровне:

- а. первого физиологического сужения;
- б. кардиального отдела ;
- в. средней трети пищевода;
- г. нижней трети пищевода ;

078. На обзорной рентгенограмме грудной и брюшной полости при ахалазии кардии отмечается

- а. смещение средостения влево;
- б. расширение тени средостения;
- в. смещение средостения вправо;
- г. отсутствие газового пузыря желудка;

079. В детском возрасте преобладает бытовой травматизм

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

080. Родовой перелом ключицы можно заподозрить по:

- а. гематоме в области плечевого сустава;

- б. крепитации отломков;
- в. гемипарезе;
- г. реакции на болевое ощущение при пеленании;

081. Клиническим признаком перелома не является

- а. нарушение функции
- б. выраженность сосудистого рисунка
- в. патологическая подвижность
- г. локальная боль

082. Чаще 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;

083. Наиболее характерным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:

- а. ограничение отведения бедер
- б. симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание);
- в. укорочение ножки;
- г. асимметрия ножных складок;

084. К типичным формам врожденной косолапости относятся

- а. варусная контрактура Остена-Сакена
- б. амниотическая косолапость
- в. деформация стоп на почве артрогрипоза
- г. мягкотканно-связочная

085. "Остеоид-остеома" - это:

- а. доброкачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- б. злокачественная опухоль кости остеогенного происхождения;
- в. остро протекающий воспалительный процесс;
- г. нарушение процесса оссификации кости;

086. Клетки Лейдига находятся в:

- а. гипофизе
- б. яичке
- в. маточных трубах

г. яичнике

087. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:

- а. повышенным внутрибрюшным давлением;
- б. ангиодисплазией;
- в. травмой пахово-мошоночной области;
- г. незаращением вагинального отростка;

088. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

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

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

- а. гормональный дисбаланс;
- б. ангиодисплазия;
- в. незаращение вагинального отростка брюшины;
- г. специфический процесс;

090. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

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

091. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- а. наличие апоневротического дефекта по средней линии;
- б. приступообразные боли в животе;
- в. тошнота и рвота;
- г. диспептические явления;

092. Срочного лечения при гипоспадии требует устранение:

- а. Искривление полового члена
- б. Меатостеноз
- в. Аномальное расположение меатуса
- г. Расщепление крайней плоти

093. Тактика лечения при наличии у ребенка диагноза крипторхизм:

- а . заместительное гормонолечение
- б. удаление добавочного яичка
- в. низведение яичка с 10 лет
- г . низведение яичка с 1 лет

094. несуществующая форма крипторхизма:

- а. пениальная
- б. бедренная
- в. промежностная
- г. пупочная.

095. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:

- а. период новорожденности;
- б. 6 мес - 1 год;
- в. 2-5 лет;
- г. 6-9 лет;

096. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичек:

- а. перекрут гидатиды яичка;
- б. перекрут яичка;
- в. орхоэпидидимит;
- г. флегмона Фурнье;

097. Варикоцеле у детей возникает

- а. до 3-х лет
- б. до 9-10 лет
- в. после 9-10 лет

098. Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевого пузырь:

- а. гиперрефлекторный адаптированный
- б. гипорефлекторный неадаптированный
- в. гиперрефлекторный неадаптированный
- г. гипорефлекторный адаптированный

099. Для оценки состояния нижних мочевых путей выполняются:

- а. Микционная цистоуретрография. Цистоскопия

- б. Радиоизотопная ренография. Цистоскопия
- в. УЗИ + доплерография. Цистоскопия
- г. Ангиография. Цистоскопия

100. Основной причиной гидронефроза считают:

- а. наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;
- б. нарушение сократительной способности лоханки;
- в. рецидивирующий пиелонефрит;
- г. истончение почечной паренхимы ;

Ответы вариант 3.

001 - б	038 - в	077 - г
002 - б	039 - б	078 - г
003 - г	040 - а	079 - а
004 - б	041 - а	080 - г
005 - б	042 - а	081 - б
006 - а	043 - в	082 - а
007 - а	044 - б	083 - а
008 - а	045 - б	084 - г
009 - б	046 - г	085 - а
010 - г	047 - в	086 - б
011 - г	048 - а	087 - г
012 - в	049 - а	088 - а
013 - а	050. - а	089 - в
014 - а	051 - в	090 - б
015 - а	052 - а	091 - а
016 - а.	053 - а	092 - б
017 - а	054 - б	093 - г
018 - б	055 - б	094 - г
019 - б	056 - в	095 - б
020 - в	057 - б	096 - б
021 - г	058 - а	097 - в
022 - г	059 - а	098 - в
023 - а	060 - а	099 - а
024 - в	061 - г	100 - а
025 - а	062 - в	
026 - а	063 - а	
027 - а	064 - б	
028 - г	065 - а	
029 - а	066 - б	
030 - в	067 - г	
031 - а	068 - а	
032 - б	069 - а	
033 - б	070 - б	
034 - в	071 - а	
035 - в	072 - а	
036 - б	073 - г	
037 - в	074 - б	
	075 - в	
	076 - в	

Задача 1. У ребенка с полным свищом желточного протока внезапно появилось выпячивание из пупка, которое имело темно-багровый цвет, затем присоединились рвота, вздутие живота, неотхождение кала и газов. О каком осложнении следует думать? Какова должна быть лечебная тактика?

Ответ 1. Следует думать о возникновении осложнения – эвагинации незаращенного желточного протока и, возможно, подвздошной кишки, острой кишечной непроходимости. Показана экстренная операция – иссечение необлитерированного свища желточного протока, а возможно, и резекция подвздошной кишки.

Задача 2. При операции по поводу острой непроходимости кишечника у ребенка 2 лет хирург обнаружил заворот тонкой кишки вокруг плотного тяжа, идущего от пупка к подвздошной кишке. Хирург ограничился устранением заворота, так как жизнеспособность кишечной петли не вызывала сомнений. Какой порок развития послужил в данном случае основной причиной заворота? Достаточно ли полным был объем оперативного вмешательства?

Ответ 2. Порок развития – облитерированный, но не подвергшийся обратному развитию желточный проток. Необходимо полное иссечение облитерированного желточного протока.

Задача 3. В приемное отделение доставлен ребенок 2 лет, страдающий болезнью Гиршпрунга. Состояние тяжелое: на протяжении последних 2 суток рвота, температура 38,8°, стула не было в течение 4 суток. Ребенок бледен, язык сухой, живот резко вздут, тахикардия. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости. О каком осложнении болезни Гиршпрунга следует думать в данном случае? Какова должна быть лечебная тактика?

Ответ 3. Следует думать о развитии острой кишечной непроходимости на фоне декомпенсированной формы болезни Гиршпрунга. Лечение необходимо начать с консервативных мероприятий: сифонные клизмы 1% раствором поваренной соли с предварительным введением в прямую кишку вазелинового масла, постоянный зонд в желудок, двусторонняя паранефральная новокаиновая блокада, дезинтоксикационная терапия. При отсутствии эффекта показана операция – лапаротомия, наложение колостомы на восходящий отдел толстой кишки или цекостомы.

Задача 4. В приемное отделение доставлен ребенок 3 лет с диагнозом – острый аппендицит. Температура 38,8°, одышка. Язык влажный, живот умеренно вздут, болезненный в правой половине, явления раздражения брюшины в правой подвздошной области нечеткие. Аускультативно справа, начиная от III ребра книзу, дыхание ослаблено, притупление перкуторного звука. Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

Ответ 4. В данном случае необходимо дифференцировать острый аппендицит с правосторонней острой гнойной деструктивной пневмонией, не исключены плевральные осложнения. Необходима рентгенография органов грудной клетки, при подозрении на наличие плеврита – плевральная пункция, динамическое наблюдение, ректальное обследование.

Задача 5. В приемное отделение доставлен ребенок с диагнозом – острый аппендицит, с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, двукратную рвоту. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, нечеткие явления раздражения брюшины, болезненность при пальпации правой поясничной области. Анализ крови без особенностей, в анализе мочи – гематурия. Каковы особенности дифференциальной диагностики, план обследования и лечебная тактика?

Ответ 5. Следует дифференцировать острый аппендицит с мочекаменной болезнью. Показано рентгеноурологическое исследование: обзорная урография, выделительная урография. При выявлении уrolитиаза для снятия приступа почечной колики следует ввести промедол, спазмолитики, назначить общую теплую ванну, блокаду семенного канатика, при небольших размерах камней – спазмолитические и мочегонные средства на фоне повышенной водной нагрузки. Крупные камни удаляют оперативным путем. При исключении урологической патологии и нарастании аппендикулярных симптомов в процессе динамического наблюдения показана аппендэктомия.

Задача 6. В приемное отделение доставлен ребенок 10 лет с диагнозом – острый аппендицит. Жалуется на боли в правой подвздошной области. Подобные приступы болей повторяются у ребенка неоднократно, иногда сопровождались подъемами температуры до 38?. При поступлении температура 37,8?, пульс 88 в минуту, живот не вздут, мягкий, при пальпации в правой подвздошной области пальпируется подвижное, умеренно болезненное опухолевидное образование размером 12 x 6 x 6 см. В анализе крови лейкоцитоз до 10000, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В моче большое количество лейкоцитов (пиурия). Каковы особенности дифференциального диагноза в данном наблюдении, план обследования и лечебная тактика?

Ответ 6 Необходимо дифференцировать аппендикулярный инфильтрат с урологической патологией – правосторонним пионефрозом. Необходимо динамическое наблюдение, рентгеноурологическое исследование, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. При подтверждении диагноза пионефроза показана пиелостомия или нефрэктомия.

Задача 7. Девочка 6 лет направлена в клинику с диагнозом – острый аппендицит на 2-е сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое: температура 37,5?, жалуется на резкие боли в животе, язык сухой, обложен, живот не вздут, напряжен в правой подвздошной области и внизу,

положительный симптом Щеткина. В крови лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево. При ректальном исследовании по средней линии определяется тестоватой консистенции образование округлой формы размером 8 x 6 x 6 см, резко болезненное при пальпации. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

Ответ 7. Перекрут кисты яичника. Показана экстренная операция – удаление кисты.

Задача 8. У больного на 2-е сутки после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита внезапно появилась слабость, холодный пот, бледность кожных покровов, частый пульс, АД 90/60 mm Hg, умеренное напряжение мышц в правой подвздошной области. Какое возникло осложнение, какова тактика хирурга?

Ответ 8. Следует подумать о внутрибрюшном кровотечении, наиболее вероятно вследствие соскальзывания лигатуры с культи брыжейки отростка. Показана экстренная релапаротомия, остановка кровотечения, удаление из брюшинной полости излившейся крови и сгустков. Одновременно с операцией необходимо переливание крови и кровезаменителей, гемостатическая терапия.

Задача 9. У ребенка 7 лет на 6-е сутки после аппендэктомии по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита с местным перитонитом появилась высокая температура, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, боли в правом подреберье, выходение нижнего края печени из-под края реберной дуги на 6 см. Какое возникло осложнение, план диагностических и лечебных мероприятий?

Ответ 9. Поддиафрагмальный, подпеченочный или внутрипеченочный абсцесс. Целесообразна рентгеноскопия для определения подвижности и конфигурации правого купола диафрагмы, диагностическая пункция, вскрытие и дренирование абсцесса.

Задача 10. У ребенка 7 лет после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита (после санации правой подвздошной области брюшинная полость была ушита наглухо) на 2-е сутки поднялась температура до 39°, появились боли по всему животу. Пульс 140 в мин, язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный при пальпации во всех отделах, напряжен, по всему животу четкий симптом раздражения брюшины. Какое возникло осложнение, возможные причины его развития, лечебная тактика?

Ответ 10. Разлитой гнойный перитонит, развившийся вследствие несостоятельности культи отростка или генерализации воспалительного процесса. Необходимо в течение 2-4 часов провести предоперационную подготовку, направленную на устранение дегидратации, электролитных нарушений и интоксикации; лапаротомия, ревизия илеоцекального угла, ушивание культи отростка при его несостоятельности, лаваж брюшинной

полости раствором фурацилина и хлорамина с тщательным удалением промывных вод, гноя и фибрина электроотсосом, дренирование сигарообразными дренажами обоих боковых каналов брюшинной полости. В послеоперационном периоде необходимы антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, продленная перидуральная анестезия.

Задача 11. У ребенка на 9-е сутки после операции по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита с разлитым гнойным перитонитом (выполнена аппендэктомия, интраоперационная санация брюшной полости, дренирование брюшинной полости в правой и левой подвздошных областях) после периода относительно положительной динамики в течении перитонита (нормализации температуры, улучшения показателей крови, уменьшения интоксикации, уменьшения отделяемого по дренажам) вновь появилась гектическая температура, высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, боли в области пупка и в низу живота. При пальпации над лоном и в правой подвздошной области определяется инфильтрат размерами 20 x 20 x 12 см, резко болезненный при ощупывании. Какое возникло осложнение, план диагностических и лечебных мероприятий?

Ответ 11. Можно думать о формировании воспалительного инфильтрата или межкишечного абсцесса. Показана антибактериальная терапия в субмаксимальных дозировках препаратов с учетом чувствительности флоры, УВЧ. При отсутствии эффекта от консервативной терапии необходимо вскрытие и дренирование абсцесса.

Задача 12. Трехлетняя девочка доставлена в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, кричит, не дает осмотреть живот. Что делать?

Ответ 12. Повторить осмотр в состоянии медикаментозного сна после клизмы с 3% раствором хлоралгидрата.

Задача 13. На предложенную операцию ребенку с острым аппендицитом последовал отказ родителей. Как быть?

Ответ 13. Следует в тактичной форме убедить родителей в необходимости операции и особенно убедительно представить последствия отказа от нее. Следует привлечь к беседе старшего коллегу, заведующего отделением или главного врача. При категорическом отказе родителей необходимо зарегистрировать его в амбулаторном журнале или истории болезни и о случившемся передать в поликлинику по месту жительства больного.

Задача 14. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (ребенок доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?

Ответ 14. Ребенок должен оперироваться только с согласия родителей. Если оповестить их не представляется возможным, а с операцией медлить нельзя,

решение о необходимости ее выполнения принимается консилиумом в составе 3 врачей, включая представителей администрации больницы с соответствующей записью в истории болезни.

Задача 15. Ребенок 5 лет упал с балкона, жалуется на боли в грудной клетке. Состояние средней тяжести, небольшая одышка, правую половину грудной клетки щадит при дыхании. Перкуторно справа в нижних отделах притупление, на рентгенограмме отмечается гомогенное затемнение от IV ребра книзу. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Ответ 15. Ушиб грудной клетки, гемоторакс. Необходима плевральная пункция и удаление крови из плевральной полости, гемостатическая терапия. В случае повторного накопления крови в плевральной полости и нарастающих явлениях кровотечения (учащение пульса, снижение АД, резкое снижение числа эритроцитов и гемоглобина) при нарастающих явлениях дыхательной недостаточности показана торакотомия и остановка кровотечения в зависимости от характера повреждения легкого посредством ушивания ран легкого, краевой резекции, резекции одного или нескольких сегментов или лобэктомии.

Задача 16. У ребенка 4 лет накануне удалено инородное тело (английская булавка) из пищевода через эзофагоскоп. Жалуется на боли за грудиной, высокую температуру – 39,9°. Состояние ребенка тяжелое, выраженная одышка, тахикардия, пульс 160 в мин. Рентгенологически определяется значительное расширение тени средостения. В крови лейкоцитоз 25000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час. О каком возникшем осложнении следует думать? Какова должна быть лечебная тактика?

Ответ 16. По-видимому, в данном случае развился медиастинит. Показана медиастинотомия и дренирование средостения.

Задача 17. У ребенка 2 лет, находящегося на лечении в детском соматическом отделении по поводу правосторонней инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: усилилась одышка, появился цианоз кожных покровов, тахикардия. При перкуссии и аускультации сердце резко смещено влево, справа в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки – притупление, дыхание не прослушивается. О каком возникшем осложнении следует думать? Каковы должны быть дополнительные методы обследования и лечебная тактика?

Ответ 17. У ребенка пиопневмоторакс. Необходима рентгенография грудной клетки, плевральная пункция, при получении гноя и воздуха – торакоцентез и дренирование плевральной полости.

Задача 18. У ребенка 4 лет с подозрением на пиоторакс при диагностической пункции получено 200,0 мл мутного выпота, вслед за которым обильно выделяется воздух. Какой должна быть лечебная тактика?

Ответ 18. Показано дренирование плевральной полости.

Задача 19. В клинику доставлен ребенок 3 лет из соматического отделения, где он находился на протяжении недели по поводу левосторонней пневмонии. Три часа назад состояние ребенка резко ухудшилось, усилилась одышка, цианоз, тахикардия. На рентгенограмме слева от II ребра книзу затемнение с горизонтальным уровнем, органы средостения резко смещены вправо. Явления дыхательной недостаточности катастрофически прогрессируют. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Ответ 19. Напряженный пиопневмоторакс. Показано немедленное дренирование плевральной полости.

Задача 20. У ребенка 5 лет, находившегося на лечении по поводу инфильтративной формы острой гнойной деструктивной пневмонии справа, после периода относительного улучшения, нормализации температуры вновь появились гектического характера температура, кашель с обильной мокротой, особенно по утрам. При аускультации справа под лопаткой выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы. Ваш диагноз, план обследования и лечебная тактика?

Ответ 20. Можно думать об образовании абсцесса легкого. Диагноз уточняется при рентгенографии в прямой и боковой проекциях, полипозиционной рентгеноскопии. Метод лечения выбирается исходя из размеров абсцесса, его расположения в легком и степени дренирования через бронх. В связи с этим лечение может быть консервативным, возможно дренирование через бронхоскоп, бронхоскопическая санация абсцесса, пневмо-абсцессотомия, удаление сегментов легкого или лобэктомия.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Особенности течения и диагностики острого аппендицита у детей младшей возрастной группы.
2. Крипторхизм. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, использование современных методов (УЗИ, лапароскопия). Хирургическая тактика.

Клинический кейс.

В приемное отделение доставлен ребенок с диагнозом – острый аппендицит, с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, двукратную рвоту. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, нечеткие явления раздражения брюшины, болезненность при пальпации правой поясничной области. Анализ крови без особенностей, в анализе мочи – гематурия.

1. Каковы особенности дифференциальной диагностики?
2. План обследования?
3. Лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Болезнь Гиршпрунга. Классификация, клиника, диагностика, лечение
2. Гемангиома. Классификация, клиника, диагностика, современные методы лечения.

Клинический кейс.

Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребёнка яичек в мошонке. Ребёнку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранён. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Острый гематогенный остеомиелит у детей старшего возраста. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Желудочно-кишечное кровотечение. Клиника, диагностика, лечение.

Клинический кейс.

Ребёнок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся 2 ч назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненно, малоподвижно. Кожа мошонки гиперемирована.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Ваша тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Атрезия пищевода. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика, принципы лечения и реабилитации.
2. Рубцовый фимоз, физиологическое сужение крайней плоти, парафимоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.

Клинический кейс.

У ребенка 6 месяцев появились схваткообразные боли в животе, температура нормальная. При обследовании живот пропальпировать ребенок не дает. При ректальном исследовании на пальце обнаруживаются необильные геморрагические желеобразные выделения.

1. О каком заболевании следует думать?
2. План диагностических мероприятий и лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования интернатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Этиология, патогенез, классификация, частота острого аппендицита в различных возрастных группах, особенности клинической картины.
2. Варикоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения (оперативный, эндоваскулярный, эндоскопический).

Клинический кейс.

К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевое образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см. Температура тела нормальная. Анализ крови: Нв 96 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 56 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. План обследования и лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)**

1. Особенности клинического течения острого гематогенного остеомиелита у детей младшего возраста. Артрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Виды инвагинации. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика-пневмоирригография, методы лечения.

Клинический кейс.

У новорожденного на 2-е сутки после отпадения пуповины из пупка появилось пролабирование слизистой на протяжении 3 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.

1. О каком заболевании и осложнении можно думать?
2. План обследования?
3. Какова должна быть хирургическая тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)**

1. Деструктивная пневмония. Пноупневмоторакс, пневмоторакс, абсцесс легкого, ателектаз легкого. Классификация, клиника, диагностика и лечение.
2. Паховая грыжа. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения (ущемленная паховая грыжа), тактика, лечение.

Клинический кейс

В приемное отделение направлен ребенок с диагнозом "опухоль брюшной полости". Ребенку 3 года. Из анамнеза известно, что он с рождения страдает запорами, а с 1,5 лет нет самостоятельного стула, и он оправляется только после клизмы. При осмотре обращает на себя внимание отставание ребенка в физическом развитии, бледность кожных покровов. Живот резко увеличен в объеме, при пальпации в левой подвздошной области определяется опухолевидное образование размером 15 x 10 x 10 см, округлое, подвижное.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. План обследования, дифференциальная диагностика?
3. Лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Осложнения острого аппендицита (инфильтрат, абсцесс, перитонит). Клиника, диагностика, лечение.
2. Злокачественные опухоли костей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, рентгенодиагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения и реабилитации.

Клинический кейс

У новорожденного с типичной картиной врожденной непроходимости 12-перстной кишки (постоянная рвота с примесью желчи и 2 горизонтальных уровня жидкости на обзорной рентгенограмме) во время операции при ревизии 12-перстной кишки не обнаружено спаек, аберрантного сосуда и других причин наружного стеноза. Хирург посчитал, что явления непроходимости кишки обусловлены функциональными нарушениями и зашил брюшную полость.

- 1.Какая допущена ошибка?
- 2.Какой должна быть хирургическая тактика в данном наблюдении?



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при странгуляционной кишечной непроходимости у детей различных возрастных групп (ущемленная грыжа, заворот кишечника, инвагинация)
2. Синдром отечной” мошонки”. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Клинический кейс.

У ребенка, оперированного по поводу пилоростеноза, на 6-е сутки после операции вновь появилась рвота "фонтаном" после каждого кормления.

1. О каких возможных послеоперационных осложнениях можно думать?
2. План диагностических и лечебных мероприятий?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Врожденный пилоростеноз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей. Флегмона новорожденных, острый мастит, рожистое воспаление, абсцедирующий лимфаденит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Клинический кейс

Ребёнок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появились одышка до 80 в минуту, цианоз, кряхтящее дыхание. Температура тела 37,5 °С. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа коробочный звук, аускультативно там же дыхание не прослушивается.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования и лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Возрастные анатомо-физиологические особенности строения костей у детей. Типичные повреждения детского возраста (поднадкостничный перелом, перелом по типу “ивового” прута, эпифизеолиз, подвывих головки лучевой кости). Клиника, диагностика, лечение.
2. Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Клинический кейс.

2-летний мальчик доставлен в хирургическое отделение с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластичное болезненное образование размерами 6×4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Пороки развития связанные с нарушением облитерации вагинального отростка брюшины (паховая грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки. Гастрошизис. Омфалоцеле. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение

Клинический кейс.

Ребенок 5 лет упал с балкона, жалуется на боли в грудной клетке. Состояние средней тяжести, небольшая одышка, правую половину грудной клетки щадит при дыхании. Перкуторно справа в нижних отделах притупление, на рентгенограмме отмечается гомогенное затемнение от IV ребра книзу.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. Особенности у новорожденных и детей грудного возраста (флегмона новорожденных, рожистое воспаление, мастит). Диагностика и лечение.
2. Врожденный вывих бедра. Этиопатогенез, клиника и диагностика в различных возрастных группах. Классификация. Роль УЗИ и рентгенографии в диагностике врожденной патологии тазобедренного сустава. Сроки и принципы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, реабилитация.

Клинический кейс

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка.

1. С каким видом грыжи вы встретились?
2. Каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Особенности онкологии детского возраста. Частота встречаемости различных новообразований, особенности клинического течения, диагностики и современных методов лечения, реабилитация, диспансерное наблюдение.
2. Хронические запоры. Алгоритм обследования и принципы лечения при: болезни Гиршпрунга, мегаколон, спастическом колите.

Клинический кейс.

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

1. О каком пороке развития следует подумать в этом случае?
2. Каков план диагностических и лечебных мероприятий?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Приобретенная механическая и динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика.
2. Врожденная мышечная кривошея. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, реабилитация.

Клинический кейс.

К врачу неотложной помощи, обратились родители ребёнка 9 лет с жалобами на стойкое повышение температуры тела до 38–39 °С, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2 дней. При осмотре ребёнок на ногу не встаёт, движения болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)**

1. Первичный перитонит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения.
2. Диафрагмальная грыжа. Клиника, диагностика, лечение.

Клинический кейс.

Ребёнок родился с массой тела 2600 г от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша на сроке 10–12 нед. Многоводие. Оценка по шкале Апгар 8 баллов. С рождения отмечено обильное выделение пенистой слюны.

При осмотре через 12 ч после рождения состояние ребёнка тяжёлое. В лёгких с обеих сторон выслушиваются множественные влажные хрипы, частота дыхания до 80 в минуту. Сердечные тоны приглушены, выслушиваются максимально громко по левой среднеключичной линии. Частота сердечных сокращений 152 в минуту. Живот несколько вздут, мягкий. Меконий отошёл.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. План обследования и лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Виды инвагинации. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика-пневмоирригография, методы лечения.
2. Лимфангиома. Классификация, клиника, диагностика, тактика ведения больных.

Клинический кейс.

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов в срок с массой тела 3500 г. Оценка по шкале Апгар 8–9 баллов. Состояние после рождения расценено как удовлетворительное, сосание активное, стул мекониальный. К концу 2-х суток состояние резко ухудшилось: ребёнок беспокоен, стонет, не сосёт, рвота с жёлчью. Кожные покровы бледные, с сероватым оттенком и мраморностью, акроцианоз. Дыхание частое, поверхностное, аритмичное. Сердечные тоны глухие, с частотой до 160 в минуту. Живот резко вздут, болезненный, напряжённый. Перистальтика кишечника не выслушивается. Перкуторно печёночная тупость не определяется. Стул и газы не отходят.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Возможные осложнения?
3. План обследования?
4. Ваша тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Клиническое течение, диагностика, алгоритм действия при обтурационной кишечной непроходимости у детей различных возрастных групп (пилоростеноз, б-нь Гиршпрунга, атрезия подвздошной кишки).
2. Нейробластома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения.

Клинический кейс.

У девочки 13 лет в течение 3 дней были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребёнок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6×6 см. Симптом Щёткина–Блюмберга положителен. Лейкоцитоз $16,2 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Вашатактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Высокая врожденная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Варианты оперативного лечения.
2. Гипоспадия. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, тактика лечения.

Клинический кейс.

Девочка 6 лет направлена в клинику с диагнозом – острый аппендицит на 2-е сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое: температура 37,5?, жалуется на резкие боли в животе, язык сухой, обложен, живот не вздут, напряжен в правой подвздошной области и внизу, положительный симптом Щеткина. В крови лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево. При ректальном исследовании по средней линии определяется тестоватой консистенции образование округлой формы размером 8 x 6 x 6 см, резко болезненное при пальпации.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Ваша лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская хирургия»
по специальности 31.08.16 Детская хирургия
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Низкая врожденная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Варианты оперативного лечения.
2. Ожоги и отморожения. Классификация, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение, реабилитация.

Клинический кейс.

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

1. О каком возникшем осложнении следует думать?
2. Каковы должны быть дополнительные методы обследования?
3. Ваша лечебная тактика?

Ректор

Р.Е. Калинин