

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 15.10.2023 08:40:22
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757d

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и
пластической хирургии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по
образовательной
деятельности и
молодежной политике
В. В. Бородулина

«26» мая 2023 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02.Детская хирургия**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: 31.08.67 Хирургия

Квалификация: *Врач – хирург*

г. Екатеринбург,
2023

Фонд оценочных средств по рабочей дисциплине «Детская хирургия» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.67 Хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 1109 от 26.08.2014 г., и с учётом требований профессионального стандарта «Врач - хирург», утвержденного приказом Минтруда России №743н от 11.12.2018 г.

Фонд оценочных средств дисциплины составлен:

№	ФИО	Должность	Ученое звание	Ученая степень
1	Цап Н.А.	зав. кафедрой	профессор	д.м.н.
2	Комарова С.Ю.	доцент	доцент	к.м.н.
3.	Чернядьев С.А.	Зав кафедрой	профессор	д.м.н.
4.	Ушаков А.А.	доцент	доцент-	к.м.н.
5.	Кубасов К. А.	ассистент	-	-

Фонд оценочных средств по дисциплине «Детская хирургия» одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензент:

- А.В. Столин, кандидат медицинских наук, доцент, главный специалист-хирург ГУЗ города Екатеринбурга

Фонд оценочных средств по дисциплине «Детская хирургия» обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры хирургических болезней и сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической (протокол № 5 от «30» марта 2023 г.)

- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от «10» мая 2023 г.)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)	Трудовые функции (ПС)
Наименование	Знания	Умения	Навыки		
ДЕ-1 Неотложная хирургия	Знать этиологию, эмбрио - и патогенез врожденных пороков и заболеваний желудка, ДПК и тонкой кишки. Знать классификацию аномалий и заболеваний желудка и тонкой кишки. Знать методику обследования ребенка и подростка с перечисленной патологией. Знать клиническую картину хирургической патологии желудка и тонкой кишки. Знать основные принципы диагностики заболеваний и пороков развития желудка и тонкой кишки рентгенологическую, ультрасонографическую и эндоскопическую картину. Знать принципы и сроки оперативного лечения перечисленной патологии. Знать методы реабилитации детей, перенесших оперативные вмешательства на желудке и тонкой кишке.	Уметь собрать характерные жалобы и анамнез. Уметь провести осмотр и объективное обследование детей различных возрастных групп. Уметь определить показания к дополнительным методам обследования и интерпретировать результаты обзорной рентгенографии органов брюшной полости, пассаж рентгенконтрастных препаратов по желудочно-кишечному тракту. Уметь разработать лечебно-диагностическую тактику при выявлении предложенной патологии. Уметь проводить дифференциальную диагностику хирургических заболеваний желудка и тонкой кишки, с заболеваниями, не требующими хирургической помощи. Уметь оценить тяжесть состояния ребенка по клиническим симптомам и	Владеть методами осмотра ребенка с патологией желудка и тонкой кишки. Владеть алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза при аномалий и заболеваний желудка и тонкой кишки.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 ПК-9, ПК-10	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/05.8 В/01.8 В/02.8 В/03.8 В/05.8

		методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Уметь своевременно направить на консультацию к детскому хирургу. Уметь своевременно направить ребенка на госпитализацию в хирургический стационар при неотложных состояниях.			
ДЕ-2. Гнойная хирургия	Классификацию, клинику, диагностику, лечение воспалительных заболеваний органов мошонки, заворота гидатиды Морганьи, заворота яичка.	Собрать анамнез, жалобы у детей разных возрастных групп, выявить острые заболевания органов мошонки. Оказать неотложную помощь на догоспитальном и стационарном этапе.	Алгоритмом постановки предварительного диагноза при острых заболеваний органов мошонки у детей.	УК-1, УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8
ДЕ-3. Плановая хирургия	Знать особенности онкологии детского возраста, половозрастные критерии частоты встречаемости различных опухолей. Знать принципы организации онкологической помощи детям в России. Знать этиологию и патоморфологию опухолевого роста.	Понимать необходимость своевременной диагностики онкологической патологии. Уметь собрать характерные жалобы и анамнез у ребенка, подростка, его родителей или лиц сопровождающих. Уметь определять клинические (визуальные, перкуторные, пальпаторные, аускультативные),	Владеть осмотром ребенка со доброкачественными и злокачественными опухолями различной локализации. Владеть определением изменения перкуторного звука при наличии жидкости в серозных полостях.	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8

	Знать принципы диагностики в онкологии детского возраста, последовательность, своевременность и обоснованность каждого из методов. Знать закономерности метастазирования опухоли в зависимости от морфологической структуры. Знать клиническую картину различных локализаций и гистогенеза опухолей. Знать последовательность лечебной тактики при подтверждении злокачественности опухолевого роста. Знать общие методы лечения детей с новообразованиями различной локализации: химиотерапевтические, лучевые, хирургические и их сочетание. Знать необходимость пожизненного наблюдения и обследования детей со злокачественными новообразованиями органов и систем. Знать деонтологические принципы общения с ребенком и его родителями при онкологических заболеваниях.	лабораторные, интраскопические признаки опухолевого процесса. Уметь проводить дифференциальную диагностику онкологического процесса с другими неопухолевыми заболеваниями. Уметь разрабатывать алгоритм диагностических действий при подозрении на опухолевый процесс. Уметь оценить тяжесть состояния ребенка по клиническим симптомам и методам клинической, лабораторной и инструментальной диагностики. Уметь своевременно направить на консультацию к детскому хирургу, детскому онкологу. Уметь своевременно направить ребенка на госпитализацию в хирургический стационар при неотложных состояниях.	Провести дифференциальную диагностику при синдроме «пальпируемой опухоли в брюшной полости».		
--	---	---	---	--	--

ДЕ-4. Торакальная хирургия	Этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения, диагностику, лечение различных форм ОГДП. Знания основных хирургических манипуляций применяемых при наиболее часто встречающихся заболеваниях вызывающих тяжелые осложнения Показания и сроки оперативных вмешательств (экстренные, отсроченные) Знание этиологии, патогенеза, классификации, диагностики(рентгенограмм), клинической картины, особенностей течения и возможных осложнений, лечения и профилактики ХОБЛ и инородных тел дыхательных путей	Собрать анамнез, провести опрос ребенка и его родственников, провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия, измерение артериального давления, пульса, частоты дыхания), направить на лабораторно-инструментальное обследование. Интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз. Разработать больному ребенку или подростку план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию. Выявлять жизнеопасные нарушения и оказывать при неотложных состояниях первую помощь. Собрать анамнез, провести опрос ребенка и его родственников, провести физикальное обследование пациента (осмотр, пальпация, аускультация, частоты	Владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза детям с последующим направлением их на дополнительное обследование, алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза. Интерпретирование результатов рентгенологического исследования. Интерпретирование результатов лабораторного исследования. Определение признаков нарушения сердечной и дыхательной недостаточности Плевральная пункция, дренирование плевральной полости (на фантоме) (Владеть умением интерпретировать рентгенограммы, владеть алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8
----------------------------	---	---	---	---	--

		дыхания), направить детей и подростков на лабораторно-инструментальное обследование (рентгенографию органов грудной клетки, спирографию) Интерпретировать результаты обследования, поставить ребенку и подростку предварительный диагноз (ПК 17)			
ДЕ-5. Хирургия новорожденных	Знание терминологии дисциплины, основных причин и механизмов срыгиваний и рвот. Знать этиопатогенез, клинику, диагностику врожденного пилоростеноза, основные заболевания, с которыми приходится дифференцировать пилоростеноз, основные принципы лечения. Знать эмбриогенез основных пороков желудочно-кишечного тракта, терминологию, классификацию врожденной кишечной непроходимости. Знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики; принципы и методы оказания первой медицинской помощи	Уметь собрать анамнез, жалобы у родителей новорожденных, выявить симптомы, проявляющиеся этими жалобами. Оказать неотложную помощь на догоспитальном и стационарном этапе при рвоте у новорожденного ребенка. Уметь определить основные симптомы непроходимости желудочно-кишечного тракта, интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, оказать неотложную помощь, определить порядок госпитализации, особенности транспортировки. Уметь провести диагностику на догоспитальном этапе, оказать неотложную помощь; определить порядок	Владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза при рвоте у новорожденных. Владеть зондированием желудка на фантоме. Владеть умением интерпретировать рентгенограммы, владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза и госпитализации . Владеть техникой введения газоотводной трубки и проведения очистительной клизмы у новорожденных Владеть алгоритмом постановки клинического диагноза при омфалоцеле, гастрошизисе,	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10	А/01.8 А/02.8 А/03.8 А/05.8 В/01.8 В/02.8 В/03.8 В/05.8

	новорожденным с кишечной непроходимостью. Знать Эмбриогенез омфалоцеле и гастрошизиса, черепно-мозговых и спинномозговых грыж, основные механизмы формирования свище пупка. Знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики всех вышеперечисленных пороков развития; принципы и методы оказания неотложной помощи при омфалоцеле, гастрошизисе, полном и неполном свищах пупка.	госпитализации, интерпретировать результаты клинического и инструментального обследования, поставить предварительный диагноз, разработать индивидуальный план лечения и реабилитации.	предварительного диагноза полном и неполном свищах пупка.		
ДЕ-6. Травматология	Анатомо-физиологические особенности скелета ребенка, типичные повреждения костей в разных возрастных группах, клинические проявления повреждений скелета. Знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики; принципы и методы оказания первой медицинской помощи при повреждениях скелета у детей. Анатомо-физиологические особенности скелета ребенка, возрастные особенности повреждений грудной клетки,	Определить абсолютные и относительные симптомы переломов, интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, оказать неотложную помощь, определить порядок госпитализации, особенности транспортировки, разработать индивидуальный план лечения и реабилитации. Провести диагностику на догоспитальном этапе, оказать неотложную помощь; определить порядок госпитализации, интерпретировать результаты	Интерпретацией рентгенограмм, алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза при повреждениях скелета у детей. Методами транспортной иммобилизации при переломах костей верхней и нижней конечностей. Алгоритмом постановки предварительного и клинического диагноза при повреждениях грудной клетки, таза и	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8 ПК-9, ПК-10	A/01.8 A/02.8 A/03.8 A/05.8 B/01.8 B/02.8 B/03.8 B/05.8

	таза и позвоночника. Знать современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики; принципы и методы оказания первой медицинской помощи при повреждениях грудной клетки, таза и позвоночника у детей	клинического и инструментального обследования, поставить предварительный диагноз, разработать индивидуальный план лечения и реабилитации.	позвоночника у детей. Владеть методикой плевральной пункции, дренирования плевральной полости - нафантоме		
--	---	---	---	--	--

2. Аттестационные материалы

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета по результатам прохождения ординатором итогового тестирования и собеседования по билетам, включающим два теоретических вопроса.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

Критерии оценки этапа решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Изучение каждого раздела заканчивается семинаром или тестовым контролем, подготовкой рефератов по пройденной тематике. Тестовый контроль, зачет по каждому разделу дисциплины, зачет с оценкой.

2.1. Перечень навыков:

- физикальное обследование детей и подростков (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, измерение длин конечностей);
- интерпретация данных лабораторных методов исследования;
- интерпретация данных инструментальных и лучевых (рентген, КТ, МРТ) методов исследования;
- неотложная помощь при хирургических заболеваниях: местное обезболивание, пункции суставов, различные виды хирургических швов, оперативных пособий при самых распространенных хирургических заболеваниях, методики остановки кровотечений, внутривенная инфузия, плевральная пункция и дренирование плевральной полости, пункция мочевого пузыря.
- выполнение мероприятий базовой и расширенной сердечно-легочной реанимации.

Демонстрация практических навыков позволяет оценить у ординатора способность и готовность выполнять в профессиональной деятельности трудовые функции/действия в соответствии с требованиями профессионального стандарта «Врач- хирург ».

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 20 до 50 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

В тестовом задании на экзамене ординатору задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 3-5 предложенных.

Полная база тестовых вопросов включает в себя 400 вопросов.

Примеры тестовых заданий

ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Основные симптомы сотрясения головного мозга (СГМ)
 1. Головная боль, гемипарез, рвота
 2. Головная боль, анизокория, головокружение
 3. Головная боль, тошнота, однократная рвота
 4. Головная боль, тошнота, оторинорея
 5. Головная боль, тошнота, многократная рвота «кофейной гущей»
2. Наиболее частая локализация внутричерепных гематом:
 1. Эпидуральная гематома
 2. Субдуральная гематома
 3. Внутримозговая гематома
 4. Внутривентрикулярная гематома
 5. Субарахноидальное кровоизлияние
3. Наиболее частая локализация компрессионных переломов позвоночника у детей:
 1. Шейный отдел
 2. Верхнегрудной отдел
 3. Среднегрудной отдел
 4. Нижнегрудной отдел
 5. Поясничный отдел
4. Характерная клиника стабильного компрессионного перелома:
 1. Анноз, боль в спине, напряжение мышц спины
 2. Анноз, радикулярный синдром, локальный кифоз
 3. Боль в спине, нарушение функции тазовых органов
 4. Нарушение оси позвоночника, боль в спине
 5. Ограничение подвижности позвоночника, повышение температуры тела
5. Симптом «заднего шага» характерен при:
 1. Повреждении седалищного нерва
 2. Переломе крыла подвздошной кости
 3. Переломе передне-верхней ости подвздошной кости
 4. Переломе передне-нижней ости подвздошной кости
 5. Переломе бугристости седалищной кости
6. Наиболее частый способ фиксации перелома ключицы со смещением у детей дошкольного и школьного возраста:
 1. Костыльно-гипсовая повязка
 2. Восьмиобразная повязка

3. *Кольца Дельбе*
 4. *Повязка Дезо*
 5. *Металлоостеосинтез*
7. Какой из переломов не сопровождается гемартрозом локтевого сустава:
1. *Перелом блока плечевой кости*
 2. *Чрезмыщелковый перелом плечевой кости*
 3. *Эпифизеолиз головчатого возвышения*
 4. *Надмыщелковый перелом плечевой кости*
 5. *Перелом локтевого отростка*
8. Повреждение Монтеджиа - это:
1. *Перелом лучевой кости и вывих головки локтевой кости*
 2. *Вывих костей предплечья и перелом внутреннего надмыщелка плечевой кости*
 3. *Перелом локтевой кости и вывих головки лучевой кости*
 4. *Перелом лучевой кости в нижней трети и перелом локтевой кости в верхней трети*
 5. *Вывих головки локтевой кости и вывих головки лучевой кости*
9. Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:
1. *В емкости, наполненной водой с температурой 36 градусов С и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента*
 2. *В двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4 градуса С*
 3. *Не имеет значения*
 4. *При отрицательной температуре*
 5. *При температуре 40 градусов С*
10. К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
1. *Перелом основания черепа без повреждения мягких тканей*
 2. *Перелом костей свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза*
 3. *Перелом лобной кости и наличие раны теменной области*
 4. *Перелом теменной кости и наличие раны в височной области*
 5. *Ушиб мягких тканей головы*
11. Ведущим звеном болевого синдрома в начальной фазе острого гематогенного остеомиелита (ОГО) у детей школьного возраста является:
1. *Бактериемия*
 2. *Иммунодефицит*
 3. *Сенсибилизация*
 4. *Повышение внутрикостного давления*
 5. *Генерализация инфекции*
12. Нормальная величина внутрикостного давления составляет:
1. *100 мм вод.ст.*
 2. *200 мм вод.ст.*
 3. *300 мм вод.ст.*
 4. *400 мм вод.ст.*
 5. *500 мм вод.ст.*
13. Больная М., 10 лет, больна двое суток. Жалуется на постоянную боль в левой плечевой кости, боль при движении левой рукой. Активные движения в левой верхней конечности

отсутствуют. Температура тела 38 градусов С. Видимых признаков воспаления в левом плече нет. Предположительный диагноз:

1. *Повреждение плечевой кости*
2. *ОГО левой плечевой кости*
3. *Саркома Юинга левой плечевой кости*
4. *Грипп*
5. *Ревматизм*

14. Больная Н., 4 лет поступает с жалобами на боль в верхней трети правой бедренной кости, хромоту, лихорадку (Т тела 37,6 градусов С). Больна в течение месяца, получала лечение по поводу ревматоидного артрита правого тазобедренного сустава, включавшее противовоспалительные нестероидные препараты и антибиотики. На рентгенограммах правой бедренной кости – пятнистый остеопороз шейки кости. Выберите оптимальную тактику лечения:

1. *Остеоперфорация шейки правой бедренной кости*
2. *Секвестрнекрэктомия шейки правой бедренной кости*
3. *Клеоловое вытяжение по Шеде*
4. *Консервативное лечение (антибиотики, иммуномодуляторы, вазоактивная терапия)*
5. *Интрамедуллярный остеосинтез*

15. Больная У., 2 лет, поступает в стационар с жалобами на значительное увеличение правого бедра в нижней трети. Из анамнеза известно, что девочка щадит правую ногу, при ходьбе прихрамывает в течение 6 мес. Анемия. На рентгенограммах правой бедренной кости в области дистального метаэпифиза обнаружен дефект костной ткани округлой формы с нечеткими контурами типа «тающего сахара». Предположительный диагноз:

1. *ОГО дистального метаэпифиза правой бедренной кости*
2. *Ревматоидный артрит правого коленного сустава*
3. *Остеогенная саркома правой бедренной кости*
4. *Туберкулезный остит дистального метаэпифиза правой бедренной кости*
5. *Остеобластокластома правой бедренной кости*

16. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боль в правой голени, гиперемии кожи, наличие свища с гнойным отделяемым. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент лечился по поводу ОГО правой большеберцовой кости. При обращении выполнена рентгенография костей голени, выявлен диффузный пятнистый остеопороз в диафизе кости, линейный периостит. Выберите тактику лечения:

1. *Секвестрнекрэктомия правой большеберцовой кости*
2. *Консервативное лечение*
3. *Вскрытие, дренирование гнойного очага мягких тканей*
4. *Фиксация гипсовой лонгетой голени без оперативного лечения*
5. *Пункционное лечение*

17. Больной З., 12 лет, поступил в клинику с жалобами на боль, деформацию левой голени. Из анамнеза известно, что 6 мес. назад получал лечение по поводу ОГО левой большеберцовой кости. При поступлении выполнена рентгенография левой голени. Обнаружен очаг деструкции и линия перелома. Выберите тактику лечения:

1. *Интрамедуллярный остеосинтез*
2. *Консервативное лечение*
3. *Наложение компрессионно-дистракционного аппарата на левую голень*
4. *Скелетное вытяжение*
5. *Гипсовая повязка*

18. Больной, перенесший ОГО бедренной кости, должен ходить, опираясь на костыли:
1. *1 мес.*
 2. *3 мес.*
 3. *4 мес.*
 4. *До полной репарации кости, выявляемой рентгенологически*
 5. *2 недели*
19. Непроходимость кишечника, возникающая при ущемленной внутренней грыже, является:
1. *Спастической*
 2. *Смешанной*
 3. *Спаечной*
 4. *Странгуляционной*
 5. *Паретической*
20. Какие признаки механической непроходимости кишечника можно выявить при обзорной рентгенографии органов брюшной полости:
1. *Симптом «серпа»*
 2. *Трехслойное окрашивание кишечных петель, чаши Клойбера*
 3. *Наличие округлой тени в просвете кишечника, симптом «двузубца»*
 4. *Обеднение газом дистальных отделов кишечника, чаши Клойбера*
 5. *Перерастяжение петель кишечника газом*
21. У больного после операции по поводу аппендикулярного перитонита на 3 сутки усилились боли в животе, появилось вздутие живота, многократная рвота, на обзорной рентгенограмме выявлены чаши Клойбера. Определите характер возникших осложнений:
1. *Абсцедирующий оментит*
 2. *Продолженный перитонит*
 3. *Отсроченная ранняя спаечная непроходимость кишечника*
 4. *Ранняя спаечно-паретическая непроходимость кишечника*
 5. *Странгуляционная непроходимость*
22. Ребенок П., 4 мес., болен более 2 суток. Во время операции выявлена сложная подвздошно-ободочная инвагинация кишечника. Брюшина гиперемирована, в брюшной полости мутный выпот. После дезинвагинации выявлено, что терминальный отдел подвздошной кишки серого цвета, серозный покров этого отдела кишки - тусклый. Выберите тактику:
1. *Ушивание брюшной полости наглухо*
 2. *Резекция терминального отдела подвздошной кишки с наложением двойной илеостомы*
 3. *Резекция терминального отдела подвздошной кишки, наложение анастомоза «конец в конец»*
 4. *Колостомия по Гирдаладзе*
 5. *Лапаростомия*
23. Родители ребенка 7 мес. жалуются на приступообразное беспокойство, многократную рвоту содержимым желудка в течение 8 часов. При осмотре состояние ребенка тяжелое, вялый. Кожа бледная. Живот не вздут, мягкий, в правом подреберье пальпируется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, четкими контурами. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста. Предположительный диагноз:
1. *Опухоль кишечника*
 2. *Инвагинация кишечника*

3. *Инфекционный колит*
 4. *Острый отит*
 5. *Периаппендикулярный абсцесс*
24. У ребенка 13 лет в области шеи имеется воспалительный инфильтрат диаметром 1 см с участками некроза на вершущке. Состояние средней тяжести. Субфебрилитет. Клиническая картина характерна для:
1. *Фурункула*
 2. *Карбункула*
 3. *Флегмоны*
 4. *Сепсиса*
 5. *Псевдофурункулеза*
25. На патогенез хирургического сепсиса влияет:
1. *Доза, вид, вирулентность микробов*
 2. *Состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений)*
 3. *Неспецифическая реактивность организма*
 4. *Специфическая реактивность организма*
 5. *Все выше перечисленное*
26. О развитии шока у септического больного свидетельствует:
1. *Внезапное ухудшение состояния больного*
 2. *Резкое снижение диуреза*
 3. *Нарушение микроциркуляции*
 4. *Появление одышки, гипервентиляции, дыхательного алкалоза, гипоксемии*
 5. *Все выше перечисленное*
27. У ребенка, рожденного доношенным, с массой тела 3010 г, длиной 49 см, с оценкой по Апгар 6/7 баллов, постепенно нарастает дыхательная недостаточность, одышка. Цианоз в течение нескольких часов становится разлитым. Средостение смещено вправо, живот втянут. Левая половина грудной клетки вздута, отстает в акте дыхания, дыхательные шумы над этой половиной не выслушиваются. Предположительный диагноз:
1. *Врожденная аплазия левого легкого*
 2. *Левосторонняя врожденная диафрагмальная грыжа*
 3. *Синдром Пьера-Робина*
 4. *Врожденная лобарная эмфизема*
 5. *Болезнь гиалиновых мембран*
28. Ребенку с атрезией пищевода для уточнения диагноза необходимо провести следующие мероприятия, кроме:
1. *Рентгеноконтрастное обследование пищевода*
 2. *Зондирование пищевода*
 3. *Обзорная рентгенография органов грудной полости*
 4. *Проба Элефанта*
 5. *Обзорная рентгенография с контрастным зондом*
29. У ребенка с первых суток жизни появилась рвота желчью, а затем – застойным содержимым желудка в объеме, превышающем объем желудка. Меконий не отходил. Из прямой кишки выделялись «пробки» серого цвета. При осмотре обращают внимание признаки экзикоза. Живот асимметричен за счет вздутия эпигастральной области. Предположительный диагноз:
1. *Врожденная высокая кишечная непроходимость*

2. *Болезнь Гиришпрунга*
 3. *Динамическая паретическая непроходимость кишечника*
 4. *Кистозный фиброз поджелудочной железы*
 5. *Нарушение ротации «средней» кишки*
30. У новорожденного ребенка на 4 сутки жизни внезапно ухудшилось состояние: появились приступообразное беспокойство, рвота с примесью желчи. После однократного переходного стула у ребенка выделялась слизь с кровью из прямой кишки. На обзорной рентгенограмме определяются несколько уровней жидкости, в нижних отделах – затенение. Предположительный диагноз:
1. *Инвагинация кишечника*
 2. *Кровотокающая язва дивертикула Меккеля*
 3. *Удвоение пищеварительной трубки*
 4. *Заворот «средней» кишки.*
 5. *Мекониевый илеус*
31. Выберите метаболические нарушения, наиболее характерные для пилоростеноза:
1. *Метаболический ацидоз, гиперкалиемия, анемия*
 2. *Метаболический алкалоз, гипокалиемия, гипохлоремия*
 3. *Нормальный кислотно-основной баланс, умеренная гипокалиемия*
 4. *Метаболический ацидоз, гипонатриемия*
 5. *Гиперпротеинемия*
32. При пилоромииотомии выявлено, что повреждена слизистая оболочка желудка. Необходимо:
1. *Произвести пилоропластику по Микуличу*
 2. *Ушить слизистую, а затем ушить брюшную полость наглухо*
 3. *Ушить рану слизистой и серозно-мышечный слой и произвести повторную пилоромииотомию на другом участке*
 4. *Ушить рану слизистой и серозно-мышечный слой, дренировать брюшную полость*
 5. *Произвести резекцию желудка*
33. Выберите метод лечения атрезии подвздошной кишки:
1. *Анастомоз «конец в конец»*
 2. *Анастомоз «бок в бок»*
 3. *У-образный анастомоз*
 4. *Двойная илеостомия*
 5. *Концевая илеостомия*
34. У новорожденного выявлена сублеваторная форма атрезии прямой кишки. Выберите метод оперативного лечения:
1. *Колостомия на восходящий отдел толстой кишки по Гирдаладзе*
 2. *Сигмостомия по Майдлю*
 3. *Промежностная проктопластика*
 4. *Брюшно-промежностная проктопластика по Ромуальди*
 5. *Брюшно-промежностная проктопластика по Ребейну*
35. У новорожденного ребенка выявлен порок развития - спинно-мозговая грыжа пояснично-крестцового отдела позвоночника, оболочки грыжевого мешка истончены. Выберите метод лечения:
1. *Экстренное грыжесечение по Байеру*
 2. *Оперативное лечение в этом возрасте противопоказано. Наблюдение.*

3. *Предоперационная подготовка. Грыжесечение по Байеру, люмбо-перитонеальное шунтирование.*
 4. *Грыжесечение, пластика по Семенову*
 5. *Предоперационная подготовка, грыжесечение по Байеру*
36. Выберите сроки лечения у новорожденного ребенка с кефалогематомой теменной области:
1. *1 - 2 сут.*
 2. *3 - 4 сут.*
 3. *6 - 12 сут.*
 4. *13 - 16 сут.*
 5. *17 - 25 сут.*
37. У новорожденного выявлен перелом бедренной кости в с/3 со смещением. Ваша тактика (в хирургическом стационаре):
1. *Обезболить. Фиксировать гипсовой лонгетой*
 2. *Обезболить. Фиксировать шиной-распоркой*
 3. *Обезболить. Наложить клеоловое вытяжение по Шеде*
 4. *Обезболить. Наложить скелетное вытяжение*
 5. *Обезболить. Фиксировать мягкими повязками к туловищу*
38. У новорожденного ребенка имеется перелом плечевой кости со смещением. Ваша тактика(в хирургическом стационаре):
1. *Обезболить. Фиксировать гипсовой лонгетой.*
 2. *Обезболить. Фиксировать шиной.*
 3. *Обезболить. Наложить клеоловое вытяжение по Шеде*
 4. *Обезболить. Наложить скелетное вытяжение*
 5. *Обезболить, фиксировать мягкими повязками к туловищу*
39. У новорожденного ребенка выявлено грыжевое выпячивание в области пупочного канатика размером 3 х 4 см. овальной формы. Через оболочки просвечивают петли кишечника. Выберите метод лечения:
1. *Экстренное грыжесечение, пластика передней брюшной стенки*
 2. *Консервативное лечение*
 3. *Предоперационная подготовка, дополнительные исследования, оперативное лечение в плановом порядке.*
 4. *Оперативное лечение в возрасте 1 мес.*
 5. *Наблюдение, оперативное лечение при условии разрыва оболочек*
40. Ребенок с гастрошизисом доставлен в хирургический стационар в возрасте 20 часов жизни. У матери во время беременности выявлен хламидиоз, уреаплазмоз. Ребенок родился с массой тела 2400 г. Вероятные осложнения:
1. *Серозный перитонит*
 2. *Фибринозно-гнойный перитонит*
 3. *Перфорация кишечника*
 4. *Кишечное кровотечение*
 5. *Странгуляционная непроходимость*
41. Какой из перечисленных вариантов операции является оптимальным при аберрантном сосуде, вызывающем гидронефроз:
1. *Перевязка сосуда*
 2. *Резекция нижнего полюса почки*

3. *Транспозиция аберрантного сосуда*
 4. *Антевазальнаяпиелоуретеростомия*
 5. *Лоскутная пластика*
42. У ребенка с травмой живота во время лапаротомии обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включали:
1. *Спленэктомию*
 2. *Попытку ушивания дефекта*
 3. *Перевязку селезеночной артерии*
 4. *Дренирование брюшной полости без манипуляций на селезенке*
 5. *Спленэктомию с аутотрансплантацией ткани селезенки*
43. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Рациональные действия хирурга включают:
1. *Спленэктомию*
 2. *Попытку ушивания дефекта*
 3. *Перевязку селезеночной артерии*
 4. *Дренирование брюшной полости без манипуляций на селезенке*
 5. *Спленэктомию с аутотрансплантацией ткани селезенки*
44. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно с:
1. *Ультрасонографии*
 2. *Рентгенографии брюшной полости*
 3. *Лапароскопии*
 4. *Лапароцентеза*
 5. *Экскреторной урографии*
45. Червеобразный отросток – это:
1. *Рудимент*
 2. *Функциональный орган иммунной системы*
 3. *Аномалия развития*
 4. *Аномалия ротации «средней» кишки*
 5. *Часть толстой кишки*
46. Причина возникновения острого аппендицита:
1. *Повышение давления в просвете кишечника*
 2. *Ангионевротические расстройства*
 3. *Нарушение иммунного статуса организма*
 4. *Особенности пищевого рациона*
 5. *Комбинация вышеперечисленных факторов*
47. При подозрении на аппендицит ректальное исследование:
1. *Обязательно у всех*
 2. *Не обязательно*
 3. *Обязательно только у детей младшего возраста*
 4. *Только у девочек*
 5. *В зависимости от клиники*

48. Симптом Ситковского при остром аппендиците – это:
1. *Усиление болей в положении лежа на левом боку*
 2. *Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного*
 3. *Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки*
 4. *Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области*
 5. *Болезненность при пальпации треугольника ПТИ*
49. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезаденита. В этом случае необходимо:
1. *Наблюдение*
 2. *Срочное оперативное лечение*
 3. *Лапароскопия*
 4. *Назначение антибактериальной терапии и спазмолитиков*
 5. *Перевод больного в соматический стационар*
50. Какое из перечисленных заболеваний, сопровождающихся почечной коликой, симулирует острый аппендицит:
1. *Опухоль правой почки*
 2. *Мочекаменная болезнь*
 3. *Нефроптоз*
 4. *Острый пиелонефрит*
 5. *Любое из перечисленных*
51. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:
1. *Локальная боль и рвота*
 2. *Рвота и напряжение мышц передней брюшной стенки*
 3. *Напряжение мышц правой подвздошной области и симптом Филатова*
 4. *Симптом Щеткина и рвота*
 5. *Жидкий стул и рвота*
52. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный. Около отростка небольшие фибриновые наложения. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
1. *Одномоментное введение антибиотиков в послеоперационном периоде*
 2. *Резиновый выпускник к ложу отростка*
 3. *Марлевый тампон*
 4. *Промывание брюшной полости*
 5. *Тампон Микулича*
53. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
1. *Одномоментное введение антибиотиков в брюшную полость*
 2. *Резиновый выпускник*
 3. *Марлевый тампон*
 4. *Промывание брюшной полости*
 5. *Тампон Микулича*

54. У ребенка диагностирован аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:
1. *Наблюдение в стационаре*
 2. *Амбулаторное наблюдение*
 3. *Антибактериальная и физиотерапия*
 4. *Срочная лапаротомия*
 5. *Экстренная лапароскопия*
55. Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:
1. *По установлении диагноза*
 2. *6 мес.*
 3. *1-3 года*
 4. *старше 6 лет*
 5. *10 лет*
56. Наиболее характерный признак кисты семенного канатика:
1. *Отечность в паховой области*
 2. *Гиперемия в паховой области*
 3. *Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко*
 4. *Отсутствие яичка в мошонке*
 5. *Расширение наружного пахового кольца*
57. Наиболее характерный симптом бедренной грыжи у детей:
1. *Боли в паховой области*
 2. *Тошнота и рвота*
 3. *Хронические запоры*
 4. *Эластическое выпячивание ниже пупартовой связки*
 5. *Эластическое выпячивание в паховой области*
58. Показанием к операции при бедренной грыже у детей является:
1. *Возраст ребенка до 1 года*
 2. *Частое ущемление*
 3. *Установление диагноза*
 4. *Возраст до 2 лет*
 5. *Возраст после 5 лет*
59. Лечение больного 2 лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает:
1. *Наблюдение в динамике*
 2. *Пункцию оболочек с эвакуацией жидкости*
 3. *Повторные пункции с введением гидрокортизона*
 4. *Оперативное лечение в плановом порядке*
 5. *Гормонотерапию*
60. При напряженной водянке оболочек яичка у ребенка 2 лет показано:
1. *Дренирование полости мошонки*
 2. *Обработка вагинального отростка брюшины у основания, перевязка и его пересечение*
 3. *Дренирование полости мошонки после перевязки вагинального отростка*
 4. *Обработка вагинального отростка брюшины и операция Винкельмана*
 5. *Операция Винкельмана*
61. У мальчика 7 лет обнаружена внезапно возникшая водянка оболочек яичка, при вскрытии оболочек на операции получен мутный выпот. Ему следует выполнить:

1. *Операцию Винкельмана*
 2. *Операцию Винкельмана, посев водяночной жидкости*
 3. *Операцию Винкельмана и биопсию оболочек*
 4. *Операцию Росса*
 5. *Дренирование оболочек яичка*
62. Наиболее частая локализация Острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП):
1. *Верхняя доля правого легкого*
 2. *Нижняя доля правого легкого*
 3. *Верхняя доля левого легкого*
 4. *Нижняя доля правого легкого*
 5. *Язычковые сегменты*
63. Показанием к дренированию плевральной полости по Бюлау является:
1. *Абсцесс легкого*
 2. *Плащевидный плеврит*
 3. *Напряженный пневмоторакс*
 4. *Лобит*
 5. *Парциальный пневмоторакс*
64. Какая из форм ОГДП подлежит консервативному лечению:
1. *Напряженный пневмоторакс*
 2. *Напряженный пиоторакс*
 3. *Неосложненная буллезная форма*
 4. *Отграниченный пиопневмоторакс*
 5. *Напряженный пиопневмоторакс*
65. Показанием к бронхоскопической поисковой окклюзии бронха является:
1. *Хроническая эмпиема плевры*
 2. *Длительно функционирующий бронхо-плевральный свищ*
 3. *Пневмоторакс*
 4. *Пиоторакс*
 5. *Абсцесс легкого*
66. Назовите метод лечения абсцесса легкого, сообщающегося с бронхом:
1. *Пункция абсцесса*
 2. *Резекция легкого*
 3. *Санационная бронхоскопия*
 4. *Дренирование плевральной полости*
 5. *Внутриплевральное подведение антибиотиков*
67. У ребенка с ОГДП на рентгенограммах органов грудной клетки отмечается коллапс легкого на $\frac{1}{2}$, смещение органов средостения в противоположную сторону, горизонтальный уровень жидкости слева. Поставьте диагноз:
1. *Экссудативный плеврит*
 2. *Напряженный пиопневмоторакс*
 3. *Напряженный пневмоторакс*
 4. *Инородное тело дыхательных путей*
 5. *Абсцесс легкого*
68. Назовите правильный метод лечения при напряженной булле легкого:

1. *Бронхоскопия*
 2. *Дренажирование буллы*
 3. *Резекция легкого*
 4. *Дренажирование плевральной полости*
 5. *Плевральная пункция*
69. У больного после факта аспирации – выраженная дыхательная недостаточность. Выслушивается симптом «хлопка», определите локализацию инородного тела:
1. *Главный бронх*
 2. *Трахея*
 3. *Сегментарный бронх*
 4. *Долевой бронх*
 5. *Пищевод*
70. Больной поступил в стационар после отравления уксусной эссенцией. Назовите сроки проведения ФГС:
1. *1-2 сут.*
 2. *2-3 сут.*
 3. *4-5 сут.*
 4. *5-6 сут*
 5. *10 сут.*
71. В какие сроки после ожога пищевода III степени начинается рубцевание его просвета:
1. *В течение 1-ой недели*
 2. *Через 3-4 недели*
 3. *Через 4-6 мес.*
 4. *Через 1 год*
 5. *Через 2-3 года*
72. Что необходимо проводить при отсутствии самостоятельного дыхания в отсроченную фазу легочно-сердечной реанимации:
1. *Ввести бемегид*
 2. *Наложить трахеостому*
 3. *Снизить концентрацию кислорода во вдыхаемом воздухе до 40%.*
 4. *ИВЛ продолжить любым способом*
 5. *Ввести цититон*
73. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется следующими признаками, за исключением:
1. *Продолжительностью периода умирания*
 2. *Глубиной перенесенной гипоксии*
 3. *Функцией внешнего дыхания пострадавшего*
 4. *Продолжительностью клинической смерти*
 5. *Характером основной патологии*
74. Какая форма нарушения метаболизма чаще встречается в раннем послереанимационном периоде у детей:
1. *Метаболический алкалоз*
 2. *Метаболический ацидоз*
 3. *Респираторный ацидоз*
 4. *Респираторный алкалоз*

5. *Дегидратация организма*

75. Какой показатель наиболее важен в раннем постреанимационном периоде в оценке системного кровотока и функции почек:
1. *ЦВД*
 2. *Содержание кортикостероидов плазмы*
 3. *КЩС*
 4. *Электролиты плазмы крови*
 5. *Почасовой диурез*
76. Какова основная особенность общей анестезии при ургентной операции у детей на фоне нарушений бронхиальной проходимости:
1. *Постоянное отсасывание содержимого из трахео-бронхиального дерева*
 2. *Введение эуфиллина в премедикации*
 3. *Увеличение дозы атропина в премедикации*
 4. *Дополнительное введение антигистаминных*
 5. *Постуральный дренаж после премедикации*
77. Что не относится к основным принципам подготовки детей к неотложной операции:
1. *Обезболивание*
 2. *Ликвидация белкового голодания*
 3. *Восстановление микроциркуляции*
 4. *Коррекция циркулирующего белка*
 5. *Коррекция водно-электролитных сдвигов*
78. Больному предстоит экстренная операция по поводу проникающего ранения легкого с развитием гемопневмоторакса. Что следует делать?:
1. *Ввести анагетик*
 2. *Срочную пункцию плевральной полости*
 3. *Наложить дренаж по Бюлау*
 4. *Интубировать и проводить ИВЛ*
 5. *Ликвидировать гемопневмоторакс и начинать операцию.*
79. Что является объективным критерием для перевода ребенка на ИВЛ:
1. *Частота дыхания*
 2. *Цвет кожи*
 3. *Характер одышки*
 4. *Показатели газов крови*
 5. *ЧСС*
80. Для гипокалиемии у детей характерны следующие признаки, за исключением:
1. *Угнетение перистальтики кишечника*
 2. *Общая слабость*
 3. *Брадикардия*
 4. *Экстрасистолия*
 5. *Низкий вольтаж на ЭКГ*
81. Каким из указанных растворов не достигается эффект восполнения энергетических потерь при парентеральном питании:
1. *Этиловый спирт*
 2. *Альбумин*

3. *Глюкоза*
 4. *Жировые эмульсии*
 5. *Аминокислотные смеси*
82. Криотерапия при лечении гемангиом показана при:
1. *Глубоких кавернозных*
 2. ***Поверхностных капиллярных на лице***
 3. *Обширных на передней брюшной стенке*
 4. *Гемангиомах внутренних органов*
 5. *Гемлимфангиомах*
83. При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность:
1. *Кровотечений*
 2. *Воспаления*
 3. ***Сдавления трахеи***
 4. *Озлокачествления*
 5. *Нагноения*
84. При операции по поводу дермоидных кист производят:
1. *Пункцию кисты*
 2. ***Иссечение кисты в пределах здоровых тканей***
 3. *Удаление регионарных лимфоузлов*
 4. *Фистулографию*
 5. *Удаляют только содержимое кисты*
85. К нейрогенным опухолям относятся:
1. *Болезнь Бехтерева*
 2. ***Болезнь Реклингаузена***
 3. *Болезнь Борнхольма*
 4. *Болезнь Леша-Найхана*
 5. *Болезнь Верднига*
86. Тератомы наиболее часто локализуются
1. *В яичниках*
 2. *В средостении*
 3. *В грудной полости*
 4. ***В крестцово-копчиковой зоне***
 5. *В головном мозге*
87. Оптимальный срок оперативного лечения при врожденной косолапости:
1. *В периоде новорожденности*
 2. *В 6 мес.*
 3. ***9-12 мес.***
 4. *При проявлении натоптышей в области голеностопного сустава*
 5. *В 3 года*
88. Оптимальная методика оперативного лечения врожденной косолапости разработана:
1. ***Зацепиным***
 2. *Волковичем и Дьяконовым*
 3. *Люрксом*
 4. *Финком и Эттингеном*
 5. *Лоренцом*

89. Понятие «люмбализация» означает:

1. Увеличение числа поясничных позвонков за счет 1 крестцового
2. Сращение нескольких поясничных позвонков
3. Добавочный клиновидный позвонок
4. **Увеличение числа поясничных позвонков за счет 12 грудного**
5. Расщепление тела одного из поясничных позвонков

90. Патологическая установка стопы при врожденной косолапости включает:

1. Отведение, супинация, подошвенное сгибание
2. **Приведение, супинация, подошвенное сгибание**
3. Приведение, пронация, тыльное сгибание
4. Отведение, пронация, подошвенное сгибание.
5. Приведение, пронация, подошвенное сгибание

91. По схеме Хильгенрейнера показатели ацетабулярного угла, h , d – в норме следующие:

1. **$a < 30$ град., $h > 1$ см, $d < 1$ см**
2. $a < 30$ град., $h < 1$ см, $d > 1$ см
3. $a > 30$ град., $h > 1$ см, $d < 1$ см
4. $a < 20$ град., $h < 1$ см, $d > 1$ см
5. $a > 20$ град., $h < 1$ см, $d > 1$ см

92. У ребенка с атрезией пищевода между сегментами имеется диастаз 1,5 см. Выберите метод оперативного лечения:

1. **Эзофагоэзофагоанастомоз**
2. Двойная эзофагостомия по Баирову
3. Гастростомия по Кадеру
4. Шейная эзофагостомия
5. Эзофаго-гастростомия

93. Все перечисленные заболевания приходится дифференцировать с пилоростенозом, кроме:

1. Врожденный «короткий» пищевод
2. Пилороспазм
3. **Адреногенитальный синдром**
4. Халазия кардии
5. Атрезия 12-перстной кишки

94. Наиболее частая локализация внутричерепных гематом:

1. Эпидуральная гематома
2. **Субдуральная гематома**
3. Внутримозговая гематома
4. Внутривентрикулярная гематома
5. Субарахноидальное кровоизлияние

95. Наиболее частая локализация компрессионных переломов позвоночника у детей:

1. Шейный отдел
1. Верхнегрудной отдел
2. **Среднегрудной отдел**
3. Нижнегрудной отдел
4. Поясничный отдел

96. Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:

1. **По установлении диагноза**
2. 6 мес.
3. 1-3 года
4. старше 6 лет
5. 10 лет

97. Наиболее характерный признак кисты семенного канатика:

1. *Отечность в паховой области*
2. *Гиперемия в паховой области*
3. **Эластичная припухлость в паховой области, смещается при потягивании за яичко**
4. *Отсутствие яичка в мошонке*
5. *Расширение наружного пахового кольца*

98. Наиболее частая локализация острой гнойной деструктивной пневмонии (ОГДП):

1. *Верхняя доля правого легкого*
2. *Нижняя доля правого легкого*
3. *Верхняя доля левого легкого*
4. **Нижняя доля левого легкого**
5. *Язычковые сегменты*

99. Показанием к дренированию плевральной полости по Бюлау является:

1. *Абсцесс легкого*
2. *Плащевидный плеврит*
3. **Напряженный пневмоторакс**
4. *Лобит*
5. *Парциальный пневмоторакс*

100. Какая из форм ОГДП подлежит консервативному лечению:

1. *Напряженный пневмоторакс*
2. *Напряженный пиоторакс*
3. **Неосложненная буллезная форма**
4. *Отграниченный пиопневмоторакс*
5. *Напряженный пиопневмоторакс*

2.3. Экзаменационные ситуационные задачи

Во время экзамена по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.67 хирургия.

Решение ситуационной задачи позволяет оценить умение ординатора анализировать информацию, выделить главные и второстепенные признаки болезни, правильно использовать терминологию, ставить диагноз, согласно действующих классификаций, МКБ, выбрать оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разработать план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента.

Примеры ситуационных задач:

ЗАДАЧА 1. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

Ребенок 7 лет страдает ювенильным ревматоидным артритом, особенно выражены боли, и контрактуры коленных суставов. Жалобы на невозможность функционального использования нижних конечностей. Какие методы местного лечения наиболее целесообразны?

- а) пункции суставов с введением гормонов
- б) артродез суставов
- в) корригирующие остеотомии
- г) эндопротезирование суставов

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Составьте план диспансерного наблюдения
5. Какие реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

ЗАДАЧА 2. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

При поступлении пациент 4 лет жалуется на укорочение правой нижней конечности 3 см, которое прогрессивно увеличивается с возрастом. Предположительный диагноз и Ваша тактика?

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

ЗАДАЧА 3. (контролируемые компетенции: УК-1; ПК-2, ПК-5)

У больного через 1 недели после падения и ушиба правого коленного сустава появилась высокая температура, локально гиперемия, отек и гипертермия в области коленного сустава. Ваша тактика?

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации
2. Какие обследования следует провести больному дополнительно?
3. Составьте план лечения данного больного
4. Какие лечебные и реабилитационные мероприятия необходимо провести пациенту?

3. Технологии и критерии оценивания

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме зачета по результатам прохождения ординатором итогового тестирования и собеседования по билетам, включающим два теоретических вопроса

3.1. Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70–80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81–90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.

3.2. Критерии оценки этапов клинического разбора больного, решения ситуационной задачи:

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются в случае положительных результатов аттестации ординатора.