

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Железнов Лев Михайлович  
Должность: ректор  
Дата подписания: 01.02.2018  
Уникальный программный ключ:  
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f51

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

УТВЕРЖДАЮ  
И.о. ректора Л.М. Железнов  
«27» июня 2018 г.

## **РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ**

### **«Неотложная хирургия детского возраста»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия

Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра детской хирургии

Рабочая программа дисциплины (модуля) разработана на основе:

1) ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденного Министерством образования и науки РФ «17»августа 2015г., приказ № 853.

2) Учебного плана по специальности 31.05.02 Педиатрия, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины (модуля) одобрена:

Кафедрой детской хирургии «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой

М.П. Разин

Ученым советом педиатрического факультета «27» июня 2018 г. (протокол № 6)

Председатель ученого совета факультета

О.Н. Любезнова

Центральным методическим советом «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС

Е.Н. Касаткин

**Разработчики:**

Доцент кафедры детской хирургии

Н.К. Сухих

**Рецензенты**

Заведующий кафедрой детской хирургии

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный

медицинский университет» Минздрава

России д.м.н. профессор

С.В.Минаев

Заведующий кафедрой педиатрии

ГБОУ ВПО «Кировский государственный

Медицинский университет» Минздрава

России д.м.н. профессор

Я.Ю. Иллек

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), отнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП	4
1.1. Цель изучения дисциплины (модуля)	4
1.2. Задачи изучения дисциплины (модуля)	4
1.3. Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП	4
1.4. Объекты профессиональной деятельности	4
1.5. Виды профессиональной деятельности	4
1.6. Формируемые компетенции выпускника	5
Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы	7
Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)	7
3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)	8
3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами	9
3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий	9
3.4. Тематический план лекций	9
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров)	10
3.6. Самостоятельная работа обучающегося	12
3.7. Лабораторный практикум	12
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ	12
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)	12
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)	12
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)	12
4.2.1. Основная литература	12
4.2.2. Дополнительная литература	13
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)	14
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем	14
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)	15
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)	16
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)	17
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)	18

## Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

Цель изучения дисциплины (модуля) по выбору «Неотложная хирургия детского возраста» является формирование основных диагностических программ и тактики ведения детей с неотложными хирургическими заболеваниями и пороками развития.

### 1.1 Задачи изучения дисциплины (модуля):

- Медицинская деятельность:

-Проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей, характеризующих состояние их здоровья;

-Диагностика заболеваний и патологических состояний у детей;

Диагностика неотложных состояний;

-Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

-Оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

-Участие в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

-Участие в проведении медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения детей;

-Формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

-Обучение детей и их родителей ( законных представителей) основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим профилактике возникновения заболеваний и укреплению здоровья;

- *Задачи дисциплины*

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача по специальности «Детская хирургия», способного успешно решать свои профессиональные задачи.

2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача по специальности «Детская хирургия», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин.

3. Подготовить специалиста к самостоятельной профессиональной лечебнодиагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациентов.

4. Подготовить врача по специальности «Детская хирургия», владеющего навыками и врачебными манипуляциями в соответствии с квалификационными требованиями и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи.

5. Сформировать и совершенствовать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу по диагностике и лечению хирургических заболеваний у детей

свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

6. Освоить методы диагностики, дифференциальной диагностики основных заболеваний; освоение методов лечения больных;

7. Освоить методы формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебнодиагностических мероприятий;

8. Овладеть техникой выполнения врачебных манипуляций в соответствии с программой; 9. Сформировать умения и навыки самостоятельной научно-исследовательской деятельности;

10. Изучить правовую базу деятельности врача и освоить нормы медицинской этики и деонтологии.

### 1.3 Место дисциплины (модуля) в структуре ОПОП:

Дисциплина «Неотложная хирургия детского возраста» относится к блоку Б1. Дисциплины вариативной части, дисциплины по выбору.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: факультетская хирургия, урология; госпитальная хирургия; инфекционные болезни; онкология; травматология, ортопедия; госпитальная педиатрия

Является предшествующей для изучения дисциплин: торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии

### 1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины (модуля), являются:

-физические лица в возрасте от 0 до 18 лет (далее - дети, пациенты);

-физические лица – родители (законные представители) детей;

-население;

- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья детей.

### 1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины (модуля) направлено на подготовку к следующим видам профессиональной деятельности:

1. медицинская;

### 1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю)			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	ОК-4	способностью действовать в нестандартных ситуациях,	З2. Основы организационно-управленческо	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных	В2. Способностью осуществлять организационн	Собеседование, тестирование,	Собеседование, тестирование

		готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	й деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	ситуациях и нести за них ответственность.	о-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	индивидуальные домашние задания, реферат	
2	ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	31. Принципы доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	У1. Осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	В1. Способами совершенствования профессиональной деятельности.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование,
3	ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование,
4	ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в	32. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональн	У2. Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических	Собеседование, тестирование,

		целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания	ые и морфологические основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем....	систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.		навыков	
5	ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическим и формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование,
			32. Клинико-фармакологическую характеристик у основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	У2. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости и оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	В2. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.		
6	ПК-10	готовностью к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых	32. Стандарты и протоколы оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых	У2. Разработать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных	В2. Способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат,	Собеседование, тестирование,

		заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	коллоквиум, прием практических навыков	
--	--	---	--	---	--	--	--

## Раздел 2. Объем дисциплины (модуля) и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетные единицы, 72 часа.

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры
			№11
1		2	6
Контактная работа (всего)		48	48
в том числе:			
Лекции (Л)		12	12
Практические занятия (ПЗ)		36	36
Самостоятельная работа (всего)		24	24
В том числе:			
- Подготовка к занятиям (ПЗ)		10	10
- Подготовка к текущему контролю (ПТК)		5	5
- Реферат		5	5
- Подготовка к промежуточному контролю (ППК)		4	4
Вид промежуточной аттестации	Зачет	зачет	зачет
Общая трудоемкость (часы)		72	72
Зачетные единицы		2	2

## Раздел 3. Содержание дисциплины (модуля), структурированное по темам (разделам)

### 3.1. Содержание разделов дисциплины (модуля)

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	ОК-4 ОПК-5 ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10	Аспекты детской полостной травмы.	1) Травма органов брюшной полости у детей. 2) Травма органов грудной полости у детей. 3) Черепно-мозговая травма у детей.
2.	ОК-4 ОПК-5	Абдоминальная хирургия у детей.	1) Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.



	ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10		2) Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей. 3) Хирургические заболевания органов брюшной полости у детей.
3.	ОК-4 ОПК-5 ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10	Особенности гнойной инфекции у детей.	1) Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей. 2) Гематогенный остеомиелит.
4.	ОК-4 ОПК-5 ОПК-11 ПК-5 ПК-8 ПК-10	Неотложная детская урология.	1) Воспалительные заболевания и травма органов мочевыделительной системы

### 3.2. Разделы дисциплины (модуля) и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п/п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения	
		1	2
1	Торакоабдоминальные пороки развития в детской хирургии	+	+

### 3.3. Разделы дисциплины (модуля) и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СР С	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Аспекты детской полостной травмы.	-	12			4	16
2	Абдоминальная хирургия у детей.	6	6			14	26
3	Особенности гнойной инфекции у детей.	6	10			4	20
4	Неотложная детская урология.	-	6			2	8
	Зачетное занятие		2				2
	Вид промежуточной аттестации:	Зачет					Зачет

Итого:	12	36		24	72
--------	----	----	--	----	----

### 3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудовое
				мощность (час)
1	2	3	4	5
1	2	Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей	Понятие об их причинах (гнойно-воспалительные, кишечная непроходимость). Симптоматика острых процессов в брюшной полости, приемы для ее выявления. Методика обследования детей при подозрении на острые процессы брюшной полости: анамнез, оценка состояния, осмотр, пальпация, ректальное обследование, электромиография, лапароскопия. Тактика врача-педиатра при подозрении на острые процессы брюшной полости (участок, поликлиника, стационар).	2
2	3	Гнойная инфекция в детской хирургии	Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей: склонность к генерализации, сниженная способность к образованию антител и др. Хирургический сепсис. Острый гематогенный остеомиелит. Классификация, клиника. Различные формы острого и хронического гематогенного остеомиелита. Принципы диагностики. Принципы лечения хирургической инфекции, хирургического сепсиса, острого гематогенного остеомиелита, гнойных заболеваний мягких тканей (некротическая флегмона новорожденных)	2
3	2	ЖКТ-кровотечения у детей	Причины кровотечений из желудочно-кишечного тракта у новорожденных, детей младшей и старшей возрастной группы. Клиника, диагностика, дифференцированный подход к лечению (в т.ч. хирургическому)	2
4	3	Антибактериальная терапия в детской хирургии.	Классификация. Гнойная инфекция у детей. Антибиотики, применяемые для лечения гнойных хирургических заболеваний. Наиболее распространенные схемы применения антибиотиков	2
5	2	Холецистит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Полипы и полипоз кишечника у	Особенности различных форм холецистита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, полипов и полипоза кишечника у детей. Классификация, клиника, показания и методы консервативного и оперативного	2

		детей.	лечения.	
6	2	Некротический энтероколит	Этиология, патогенез, классификация, особенности клинического проявления различных стадий, диагностика, дифдиагностика, консервативное и оперативное лечение	2
Итого:				12

### 3.5. Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)
				№11 сем.
1	2	3	4	5
1.	1	Травма органов брюшной полости у детей. Травма органов грудной полости у детей.	Травма органов брюшной полости (полого органа, паренхиматозного органа, особенности повреждений ДПК и поджелудочной железы). Травма органов грудной полости (пневмоторакс, гемоторакс, тампонада сердца).	6
2	1	Черепно-мозговая травма у детей	Биомеханизм, классификация, периодизация ЧМТ, варианты обследования ребенка с ЧМТ, методы лечения различных форм, прогноз.	6
3	2	Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение и профилактика острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, перитонита, спаечной непроходимости и спаечной болезни, инвагинации кишечника у детей. Причины кровотечений из желудочно-кишечного тракта у новорожденных, детей младшей и старшей возрастной группы. Клиника, диагностика, дифференцированный подход к лечению (в т.ч. хирургическому)	6
4	2	Хирургические заболевания органов брюшной полости.	Особенности различных форм холецистита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, полипов и полипоза кишечника у детей. Классификация, клиника, показания и методы консервативного и оперативного лечения.	6
5	3	Гнойная инфекция в детской хирургии. Гематогенный остеомиелит.	Особенности течения гнойно-септических заболеваний у детей: склонность к генерализации, сниженная способность к образованию антител и др. Хирургический сепсис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифдиагностика, лечение и профилактика гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, различных форм гематогенного остеомиелита у детей.	4
6	4	Воспалительные	Этиология, патогенез, клиника,	6

		заболевания и травма органов мочевыделительной системы у детей	диагностика и дифдиагностика, лечение и профилактика гнойной почки, ОПН, острой задержки мочи, у детей.	
	1-4	Зачетное занятие	Тестовый контроль, собеседование	2
Итого:				36

### 3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	11	Аспекты детской полостной травмы.	Написание рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	4
2		Абдоминальная хирургия у детей.	Написание рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю.	14
3		Гнойная инфекция в детской хирургии.	Написание рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	4
4		Неотложная детская урология.	Написание рефератов, подготовка к занятиям, подготовка к текущему и промежуточному контролю	2
Итого часов в семестре:				72
Всего часов на самостоятельную работу:				24

### 3.7. Лабораторный практикум -не предусмотрено учебным планом

### 3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ-не предусмотрено учебным планом

## Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины (модуля)

### 4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине (модулю)

- Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС). 2003г.

- Методические рекомендации по детской хирургии для аудиторной и самостоятельной работы студентов педиатрического факультета / Сост.: М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. – Киров, 2013. – 98 с.

### 4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

#### 4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6

1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

#### 4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-

6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013 Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011 Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

#### **4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины (модуля)**

- <http://www.elib.kirovgma.ru/>
- <http://www.studentlibrary.ru/>
- <http://www.studmedlib.ru/>
- <http://www.meduniver.com/>
- <http://www.booksmed.com/>
- <http://www.mmbook.ru/>
- <http://www.elibrary.ru/>
- <http://www.rosmedlib.ru/>
- <http://www.femb.ru/>

#### **4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем**

Для осуществления образовательного процесса используются:

Студентам доступны компьютерные стажировки (работа с электронным учебником по детской хирургии (Москва, 1998, под ред. акад. Ю.Ф. Исакова), стереоатласом (3-D) центральной нервной системы.

70% интерактивных занятий от объема аудиторных занятий.

Примеры образовательных технологий в интерактивной форме:

- 1) ролевая игра «Острое хирургическое заболевание брюшной полости»

- 2) деловая игра «Консилиум по исключению хирургической патологии средостения»
- 3) дискуссия «Источник ЖКТ-кровотечения у ребенка 2 лет»
- 4) компьютерная симуляция «Доступ к задней черепной ямке»

Электронные образовательные ресурсы, используемые в процессе преподавания дисциплины:

- 1) электронный учебник по детской хирургии (М., 1998, под ред. акад. Ю.Ф. Исакова)
- 2) система «Консультант студента»
- 3) электронная библиотека кафедры

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор Microsoft Office (версия 2003) №0340100010912000035\_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),
2. Договор Microsoft Office (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
3. Договор Microsoft Office (версия 2010) № 340100010914000246\_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).
4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035\_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)
5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043\_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),
6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246\_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),
7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node 1 year Educational Renewal License от 12.07.2018, лицензии 685В-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),
8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),
9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),
10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016 г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1. Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: <http://www.e-library.ru/>.
2. Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
- 3.«Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: <http://elib.kirovgma.ru/>.
4. ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>.
5. ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: <http://www.biblioclub.ru>.
6. ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/>
7. ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: <http://ibooks.ru>.

#### **4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю)**

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – конференцзал ОДКБ (ул.Менделеева, 16)
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул.Менделеева, 16)
- учебные аудитории для проведения групповых и индивидуальных консультаций – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул.Менделеева, 16)

- учебные аудитории для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации – каб. № 1, 2, 3, 4 (ул. Менделеева, 16)
- помещения для самостоятельной работы – читальный зал библиотеки г. Киров, ул. К. Маркса, 137 (1 корпус).
- помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – каб. № 5 (лаборанская). (ул. Менделеева, 16)

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

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

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации».

### **Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)**

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на контактную работу.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения: собрать анамнез, провести квалифицированный осмотр и обследование детей с применением современных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ и др.), поставить хирургический диагноз, провести дифференциальную диагностику, своевременно направить на консультацию или госпитализацию, оценить тяжесть состояния пациента (гемодинамика, нарушения ВЭБ, КОС, степени инфекционного токсикоза, провести коррекцию нарушений гомеостаза, назначить инфузионную терапию, антибактериальную, посиндромную, иммунокорректирующую).

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

#### **Лекции:**

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении всех тем детской хирургии. 100% лекций обязательного изучения читаются в виде презентаций.

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, зачету, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.



Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: Гнойная инфекция в детской хирургии.

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

### **Практические занятия:**

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области всех разделов детской хирургии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебной дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам Кровотечения их ЖКТ у детей.
- семинар-дискуссия по теме Гематогенный остеомиелит.

### **Самостоятельная работа:**

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Неотложная хирургия детского возраста» и включает подготовку к занятиям, написание рефератов, подготовку к текущему контролю и промежуточной аттестации.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Неотложная хирургия детского возраста» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС). Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам университета и кафедры. Во время изучения дисциплины обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют истории болезни, рефераты и представляют их на занятиях. Написание реферата, учебной истории болезни способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний обучающихся определяется тестированием, собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса в ходе занятий, тестового контроля, коллоквиума, рефератов, приема практических навыков.

В конце изучения дисциплины (модуля) проводится промежуточная аттестация с использованием тестового контроля, собеседования.

Для текущего контроля освоения дисциплины используется рейтинговая система.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

## **Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)**

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является зачет. На зачете обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

## **Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) (приложение Б)**

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Кафедра Детской хирургии

**Приложение А к рабочей программе дисциплины (модуля)**

**Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)**

**«Неотложная хирургия детского возраста»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия  
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

**Раздел 1. Аспекты детской полостной травмы.**

**Тема 1.1.: Травма органов брюшной полости у детей.**

**Цель:** изучить биомеханизм, классификацию, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способы лечения различных повреждений органов брюшной полости.

**Задачи:** - рассмотреть биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз и назначить лечение

**Обучающийся должен владеть:** современными методами диагностики и лечения

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов брюшной полости. Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

**2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

**3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

#### ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

- 1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
- 2) выраженные симптомы раздражения брюшины\*
- 3) симптом "Ваньки - встаньки"
- 4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически\*
- 5) отсутствие перистальтики\*
- 6) симптом исчезновения печеночной тупости\*

#### ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1. "Френикус"- симптом\*
2. сильные опоясывающие боли
3. укорочение перкуторного звука в левой половине живота\*
4. слабый симптом Щеткина-Блюмберга\*
5. лейкоцитоз\*
6. снижение артериального давления\*

#### 4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

#### Вопросы для самоконтроля:

- 1) Виды повреждений органов брюшной полости у детей.
  - 2) Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов брюшной полости.
  - 3) Повреждения паренхиматозных органов (печень, селезенка, поджелудочная железа). Диагностика. Принципы лечения.
  - 4) Повреждения полых органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, брыжейка, тонкая кишка, толстая кишка, прямая кишка). Диагностика. Принципы лечения.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### Тестовый контроль:

#### 1.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

- 1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
- 2) выраженные симптомы раздражения брюшины\*
- 3) симптом "Ваньки - встаньки"
- 4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически\*
- 5) отсутствие перистальтики\*
- 6) симптом исчезновения печеночной тупости\*

#### 2.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

- 1) "Френикус"- симптом\*
- 2) сильные опоясывающие боли
- 3) укорочение перкуторного звука в левой половине живота\*
- 4) слабый симптом Щеткина-Блюмберга\*
- 5) лейкоцитоз\*
- 6) снижение артериального давления\*

### 3. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) Ангиографию\*
- 2) лапароцентез или лапароскопию\*
- 3) УЗИ
- 4) Пневмоперитонеум\*
- 5) измерение артериального давления
- 6) обзорную рентгенографию брюшной полости\*
- 7) пневмоирриграфию\*

### 4. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) явления посттравматического шока\*
- 2) положительный френикус-симптом
- 3) болезненность и слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье\*
- 4) свободный газ в брюшной полости
- 5) укорочение перкуторного звука в правом боковом канале\*  
положительный симптом Пастернацкого

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	---------------------------------	---------------

1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

### Тема 1.2.: Травма органов грудной клетки у детей.

**Цель:** изучить биомеханизм, классификацию, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки.

**Задачи:** - рассмотреть биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки.

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки  
- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать** Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз и назначить лечение

**Обучающийся должен владеть:** современными методами диагностики и лечения

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, классификация, методы диагностики и дифференциальной диагностики, способов лечения различных повреждений органов грудной клетки

**2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

**3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

**ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ**

1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование

2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух

3) с противошоковой целью ввести наркотики

4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается

5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза\*

**4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

**Вопросы для самоконтроля:**

1. Виды повреждений органов грудной клетки у детей.

2. Клиническая картина и методы диагностики повреждений органов грудной клетки.

3. Повреждения легких. Диагностика. Принципы лечения.

4. Спонтанный пневмоторакс. Диагностика и принципы лечения в возрастном аспекте.

5. Повреждения органов средостения. Диагностика. Принципы лечения.

6. Торакоскопическая хирургия у детей.

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

### **Тестовый контроль:**

**1. ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- 2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- 3) с противошоковой целью ввести наркотики
- 4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- 5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза\*

**2. ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей\*
- 2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- 3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- 4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- 5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

**3. ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж\*
- 2) с помощью корсетов
- 3) оперативное лечение
- 4) одномоментную реклинацию и корсет
- 5) не требует лечения

**4. ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ**

- 1) черепно-мозговая травма
- 2) черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей\*
- 3) повреждения позвоночника и таза
- 4) повреждения таза и верхних конечностей
- 5) повреждения верхних и нижних конечностей

**5. ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) падение с высоты и огнестрельные ранения
- 2) автотравма и падение с высоты\*
- 3) синдром опасного обращения с детьми
- 4) огнестрельные ранения
- 5) рельсовая травма

**6. ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ПРЕОБЛАДАЮТ**

- 1) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей
- 2) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов
- 3) повреждения таза и конечностей
- 4) повреждения конечностей
- 5) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов\*

**7. ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) состояние жизненно важных функций\*



- 2) степень кровотечения
- 3) болевая ирритация
- 4) коматозное состояние
- 5) степень шока

8.ПРИ ПОЛИТРАВМЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО – ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) разрыв печени и диафрагмы
- 2) разрыв диафрагмы
- 3) ушиб сердца
- 4) открытый пневмоторакс
- 5) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого\*

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

#### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента

2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

### Тема 1.3.: Черепно-мозговая травма у детей.

**Цель:** изучить виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка».

**Задачи:** - рассмотреть виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»  
- обучить методам диагностики и лечения  
- изучить современные методы диагностики и лечения  
- сформировать необходимые компетенции -- ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения. Синдром «встряхнутого ребенка»

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз и назначить лечение

**Обучающийся должен владеть:** современными методами диагностики и лечения

### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

#### **1. Ответить на вопросы по теме занятия.**

1. Виды, биомеханизм, фазность, классификация ЧМТ у детей, клиника, диагностика различных форм, методы лечения.

2. Синдром «встряхнутого ребенка» .

3. Особенности клинической картины различных повреждений:

1.1. переломы свода и основания черепа,

1.2. сотрясение ГМ,

1.3. ушиб ГМ,

1.4. сдавление головного мозга,

1.5. диффузное аксональное повреждение мозга,

1.6. синдром «встряхнутого ребенка».

4. Шкала комы Глазго и ее возрастные аналоги.

5. Варианты обследования ребенка с ЧМТ.

6. Методы лечения различных форм ЧМТ у детей.

### **2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

### **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной М., 14-ти лет, попал в автомобильную аварию. Из анамнеза известно, что у больного после травмы имела место кратковременная потеря сознания, была однократная рвота съеденной пищей. Через 3 часа мальчик доставлен в приемный покой центральной районной больницы.

При осмотре выявлена выраженная бледность кожных покровов. Линейная рана на лбу. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 78 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, доступный пальпации в различных отделах. Стул, диурез в норме. Выявлен горизонтальный нистагм. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение. На следующие сутки отмечено ухудшение состояния. Больной вял, спутанно отвечает на вопросы. Анизокория.

Контрольные вопросы

1. Теории возникновения и развития ЧМТ.

2. Классификация.

3. С каким диагнозом ребенок был госпитализирован в стационар?

4. О каком осложнении можно думать в данном случае? Необходимые методы обследования.

5. Принципы лечения.

### **4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Особенности клинической картины различных повреждений:

переломы свода и основания черепа,

сотрясение ГМ,

ушиб ГМ,

сдавление головного мозга,

диффузное аксональное повреждение мозга,

синдром «встряхнутого ребенка».

2. Шкала комы Глазго и ее возрастные аналоги.

3. Варианты обследования ребенка с ЧМТ.

4. Методы лечения различных форм ЧМТ у детей.

3). Проверить свои знания с помощью тестового контроля

**Тестовый контроль**

9. КРИТЕРИЕМ, ПО КОТОРОМУ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ТЯЖЕСТЬ РОДОВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

1) степень нарушения мозгового кровообращения \*

2) размеры родовой опухоли на голове

3) наличие кефалогематомы

4) переломы черепа

5) степень смещения костей черепа

10. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА В ОТНОШЕНИИ ВДАВЛЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕРЕПА И ПЛОДА, ВОЗНИКШИХ ПРИ РОДАХ, ВКЛЮЧАЕТ

1) лечения не требует

2) интенсивную инфузионную терапию

3) хирургическую коррекцию методом репозиции\*

4) резекционную трепанацию черепа

5) резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой

11. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

1) печень, селезенка\*

2) тонкая кишка

3) толстая кишка

4) мочевого пузыря

5) почки

12. ПРИ ЭКСТРЕННОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ СТОЛБНЯКА У РЕБЕНКА СТАРШЕ 10 ЛЕТ, ИМЕВШЕГО МЕНЕЕ 3 ПРИВИВОК, ПОСЛЕДНЯЯ ИЗ КОТОРЫХ СДЕЛАНА ЗА 2 ГОДА ДО ТРАВМЫ, НЕОБХОДИМО ВВЕСТИ

1) анатоксин столбнячный и противостолбнячную сыворотку

2) противостолбнячный человеческий иммуноглобулин

3) противостолбнячную сыворотку

4) анатоксин столбнячный\*

5) ничего из перечисленного

13. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей\*

2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза

3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области

4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области

5) ушиб мягких тканей головы

14. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную

амнезию\*

- 2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
- 3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
- 4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
- 5) гемипарез при ясном сознании

**15. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС**

- 1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
- 2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
- 3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности\*
- 4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
- 5) тетраплегия, ясное сознание

**16. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) потеря сознания
- 2) очаговая неврологическая симптоматика
- 3) многократная рвота
- 4) ото-рино-ликворея\*
- 5) кровотечение из носа и уха

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в	Наличие в ЭБС
-------	--------------	-----------	--------------------	----------------------	---------------

				библиотеке	
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

## Раздел 2. Абдоминальная хирургия у детей.

### Тема 2.1 Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.

**Цель:** овладение студентами знаний острого аппендицита у детей, изучение особенностей острого аппендицита у детей, осложнений острого аппендицита; приобретённой кишечной

непроходимости. Холецистит. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона. Полипы и полипоз кишечника у детей. Некротический энтероколит

**Задачи:** - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза аппендицита, варианты расположения червеобразного отростка; виды осложнений острого аппендицита; виды приобретённой кишечной непроходимости у детей.

- обучить методам диагностики заболевания у детей разных возрастных групп;
- изучить особенности клиники острого аппендицита у детей разного возраста, осложнений аппендицита, методов лечения кишечной непроходимости
- сформировать необходимые компетенции -- ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** клинику аппендицита при типичных и атипичных формах, варианты расположения червеобразного отростка, дифференциальную диагностику у детей. Анатомо-физиологические особенности организма ребенка, принципы диагностики и лечения патологии во взрослой практике; патогенез, клинику, диагностику и принципы лечения аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, абсцесса дугласова пространства, аппендикулярного перитонита. Методики оперативных вмешательств, лапаростомии. Принципы построения рациональной интенсивной терапии; клинику, диагностику, методы лечения спаечной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника, obturационной кишечной непроходимости.

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз острого аппендицита с применением необходимых методов диагностики у детей разных возрастных групп.

**Обучающийся должен владеть:** методами диагностики и лечения острого аппендицита, навыками дифференциальной диагностики заболевания.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Анатомо-физиологические особенности детского организма в развитии острого аппендицита. Этиология и патогенез острого аппендицита. Варианты расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики у детей раннего возраста. Лечение острого аппендицита. Аппендикулярный инфильтрат (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения). Периаппендикулярный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения). Аппендикулярный перитонит (классификация, виды, диагностика, лечение). Принципы рациональной интенсивной терапии. Принципы антибиотикотерапии при аппендикулярном аппендиците у детей. Спаечная кишечная непроходимость (патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика). Инвагинация кишечника (патогенез, клиника, диагностика, лечение консервативное и оперативное, профилактика). Паретическая кишечная непроходимость. Obturационная непроходимость в детской практике.

## **2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

## **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;
- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной С. 13-ти лет, поступил в приёмный покой детской больницы с жалобами на боли в животе, тошноту, четырехкратную рвоту.

Заболел остро, около 16.00 4 мая, когда впервые появились боли в животе приступообразного характера. Впервые осмотрен врачом в 4<sup>00</sup> 5 мая: кожа и видимые слизистые бледные, суховатые. Язык обложен сероватым налетом. Дыхание везикулярное,

без хрипов, ЧД 24 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92 в минуту, шумов нет. Живот вздут, болезненный при пальпации в различных отделах. Стула не было, диурез в норме. В правой подвздошной области – послеоперационный рубец после операции аппендэктомии. Из анамнеза известно, что мальчик оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита четыре месяца назад. На обзорной рентгенограмме брюшной полости – множественные уровни жидкости в верхней половине брюшной полости.

#### Контрольные вопросы

1. *Поставить диагноз. Определить врачебную тактику.*
2. *Этиология и патогенез заболевания?*
3. *Классификация?*
4. *Дополнительные методы диагностики?*
5. *Назначить лечение.*

#### 4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

#### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы для самоконтроля:**

- 1) Этиология, патогенез острого аппендицита
- 2) Варианты расположения червеобразного отростка
- 3) Патологическая анатомия и патогистология при остром аппендиците
- 4) Классификация
- 5) Клиника и диагностика острого аппендицита, их особенности у детей раннего возраста
- 6) Лечение острого аппендицита. Ход классической аппендэктомии

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

#### **Тестовый контроль:**

##### 1. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК — ЭТО

- 1) Рудимент\*
- 2) функциональный орган
- 3) порок развития
- 4) аномалия
- 5) вариант развития

##### 2. УКАЖИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- 1) обязательно \*
- 2) не обязательно
- 3) у детей младшего возраста по показаниям
- 4) у девочек по показаниям
- 5) в зависимости от клиники

##### 3. СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) усиление болей при расположении на левом боку \*
- 2) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- 3) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- 4) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки



- 5) правое яичко расположено выше левого
4. СИМПТОМ ДУМБАДЗЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО
- 1) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
  - 2) болезненность при пальпации области пупочного кольца \*
  - 3) уменьшение болей в положении на животе
  - 4) усиление болей при отведении купола кишки медиально
  - 5) снижение или отсутствие брюшных рефлексов
5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево \*
  - 2) гиперлейкоцитоз
  - 3) лейкопения
  - 4) отсутствие изменений
  - 5) ускоренная СОЭ
6. РЕГРЕСС ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ
- 1) невозможен \*
  - 2) возможен при начальной стадии воспаления
  - 3) возможен при флегмонозном аппендиците
  - 4) возможен при гангренозном аппендиците
  - 5) возможен даже при перфоративном аппендиците
7. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЛЕЖА В ПОСТЕЛИ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ
- 1) на спине
  - 2) на животе
  - 3) на правом боку с приведенными ногами \*
  - 4) на левом боку
  - 5) сидя
8. ДОПУСТИМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ, ПОСТУПИВШИМ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ СДЕЛАТЬ ЛАПАРОСКОПИЮ ОГРАНИЧЕНА
- 1) 3 часами
  - 2) 6 часами
  - 3) 12 часами
  - 4) 18 часами
  - 5) 24 часами \*
9. ХИРУРГ И ГИНЕКОЛОГ ПРИ СОВМЕСТНОМ ОСМОТРЕ НЕ МОГУТ РЕШИТЬ, ЧТО У БОЛЬНОГО – ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ИЛИ ОСТРЫЙ АДНЕКСИТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
- 1) срединную лапаротомию
  - 2) лапаротомию разрезом по Пффанненштилю
  - 3) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
  - 4) лапароскопию \*
  - 5) динамическое наблюдение
10. У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕЯСНАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ПОЗВОЛЯЕТ
- 1) наблюдение
  - 2) консервативное лечение
  - 3) лапароскопия \*
  - 4) лапаротомия в правой подвздошной области
  - 5) срединная лапаротомия
11. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
- 1) локальная боль и рвота

- 2) напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- 3) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность \*
- 4) симптом Щеткина и рвота
- 5) жидкий стул и рвота

**Вопросы для самоконтроля осложнения острого аппендицита:**

- 1) Аппендикулярный инфильтрат (патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения)
- 2) Периаппендикулярный абсцесс, абсцесс дугласова пространства, поддиафрагмальный абсцесс (клиника, диагностика, лечение)
- 3) Аппендикулярный перитонит (классификация, виды, диагностика, лечение)
- 4) Методика лапаростомии
- 5) Принципы построения рациональной интенсивной терапии при аппендикулярном перитоните в послеоперационном периоде
- б) Принципы антибиотикотерапии

**Тестовый контроль:**

1.У РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРОВАН ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

- 1) стационарное наблюдение
- 2) амбулаторное наблюдение
- 3) антибиотики, физиотерапия, наблюдение \*
- 4) срочная операция
- 5) операция в плановом порядке

2.У РЕБЕНКА НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕН ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОБИЛЬНЫЙ ГНОЙНЫЙ ВЫПОТ. УМЕРЕННЫЕ ФИБРИНОЗНЫЕ НАЛОЖЕНИЯ И ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ, ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА. ОПЕРАЦИЮ СЛЕДУЕТ ЗАКОНЧИТЬ

- 1) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания \*
- 2) лаважом брюшной полости после операции
- 3) лапаростомией
- 4) ввести микроирригаторы
- 5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях

3.ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОБНАРУЖЕН ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ. ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАКОНЧЕНА

- 1) разделением инфильтрата, аппендэктомией
- 2) марлевым тампоном к инфильтрату
- 3) микроирригатором
- 4) резиновым выпускником
- 5) ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции \*

4.У РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ КЛИНИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА

- 1) срединная лапаротомия. ревизия брюшной полости
- 2) ревизия через доступ в правой подвздошной области \*
- 3) наблюдение, проведение консервативных мероприятий
- 4) лапароцентез
- 5) лапароскопия

5.У РЕБЕНКА БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПО ХОДУ ЗАШИТОЙ РАНЫ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) назначение антибиотиков
- 2) курс физиотерапии
- 3) наблюдение
- 4) снять все швы

снять один шов и произвести ревизию раны зондом \*

**Вопросы для самоконтроля приобретенная кишечная непроходимость:**

- 1) Паретическая послеоперационная кишечная непроходимость (клиника, диагностика, лечение)
- 2) Спаечная кишечная непроходимость (патогенез, клиника, диагностика, виды, лечение, профилактика)
- 3) Инвагинация кишечника (этиология, патогенез, виды, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, лечение консервативное и оперативное)
- 4) Динамическая непроходимость. Обтурационная непроходимость
- 5) Просмотр учебного видеофильма «Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у детей»

**Тестовый контроль:****1. ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:**

- А) гипокалиемия\*
- Б) погрешности диеты
- В) операционная травма брюшной полости\*
- Г) ЧМТ\*
- Д) интоксикация любой этиологии\*

**2. ПРИЧИНЫ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ:**

- А) операционная травма брюшины\*
- Б) аэрация брюшины\*
- В) «неподвижность» кишечника\*
- Г) гиперпродукция соединительной ткани\*
- Д) геморрагический васкулит

**3. КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА**

- А) приступообразные боли в животе\*
- Б) многократная рвота
- В) понос
- Г) кровь со слизью в ампуле прямой кишки\*
- Д) синдром «опухоли в животе»

**4) ОБТУРАЦИОННУЮ НЕПРОХОДИМОСТЬ У ДЕТЕЙ МОГУТ ВЫЗЫВАТЬ**

- А) глистная инвазия\*
- Б) безоары\*
- В) трудноперевариваемая растительная клетчатка, съеденная в больших количествах\*
- Г) несъедобные предметы у детей с аллотриофагией\*
- Д) обтурация сонных артерий

**5) ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА У ДЕТЕЙ С ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ**

- А) стимуляция кишечника\*
- Б) экстренная операция
- В) плановая операция
- Г) психотерапия

**Рекомендуемая литература:****Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских	М.П.Разин , С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-

	вузов.				
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии	В.Н. Галкин, М.П. Разин,	2003 Киров	50	ЭБС Кировского

	детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	Н.И. Саламайкин			ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

## Тема 2.2. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта у детей.

**Цель:** овладение студентами знаний о кровотечениях из желудочно-кишечного тракта у детей, возрастных аспектов проблемы.

**Задачи:** - рассмотреть механизмы и виды кровотечений, различные причины состояния, - обучить студентов методам диагностики и лечения кровотечений;

- изучить кровотечения из пищевода, кровотечения из желудка, кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника, способы лечения.

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** клинику, диагностику и методы лечения рефлюкс-эзофагита, портальной гипертензии, химических ожогов пищевода; Анатомо-физиологические особенности детского организма; особенности клиники, диагностики и лечения у детей.

**Обучающийся должен уметь:** правильно поставить диагноз и назначить необходимое лечение.

**Обучающийся должен владеть:** методами диагностики и лечения кровотечений из ЖКТ у детей, постановкой показаний к лечению различных форм.

### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Кровотечения из пищевода (рефлюкс-эзофагит, портальная гипертензия, химические ожоги пищевода). Кровотечения из желудка, 12-перстной кишки у новорождённых и детей старшего возраста. Кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника.

### 2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Мальчику 4 года. Родился он с массой 3000 г. До 1 года рос и развивался хорошо, достаточно прибавлял в весе, хотя после еды часто отмечались срыгивания и изредка –

рвота желудочным содержимым без примеси желчи.

После 1 года рвота стала очень редкой и не беспокоила родителей, но обращала на себя внимание постоянно выраженная бледность ребёнка. В общих анализах крови гемоглобин держался на цифрах около 90 г/л. Иногда родители отмечали, что стул ребенка приобретает черную окраску, и в эти периоды бледность мальчика усиливалась.

Неоднократно лечился в соматическом стационаре с диагнозом "анемия неясной этиологии".

#### Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Диагностические ошибки на амбулаторном и госпитальном этапах?*
3. *План и методы обследования?*
4. *Методы показанного лечения?*
5. *Исходы заболевания? Прогноз? Диспансерное наблюдение?*

#### 4. Задания для групповой работы

Не предусмотрены учебным планом.

##### Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: постановкой показаний к лечению различных форм.*

- 1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.
- 2). Ответить на вопросы для самоконтроля

##### Вопросы для самоконтроля:

- 1) Кровотечения из пищевода (рефлюкс-эзофагит, портальная гипертензия, химические ожоги). Клиника, дифференциальная диагностика, лечение
- 2) Кровотечения из желудка, 12-перстной кишки у новорожденных и детей старшего возраста (эрозии, язвенная болезнь, синдром Мэллори-Вэйса, стрессовые язвы). Клиника, диагностика, лечение
- 3) Кровотечения при заболеваниях тонкого и толстого кишечника (некротический энтероколит новорожденных, дивертикулит, неспецифический язвенный колит, болезнь Крона). Клиника, диагностика, лечение
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

##### Тестовый контроль:

1. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ  
А) геморрагическая болезнь\*  
Б) инвагинация кишечника  
В) язвенная болезнь ДПК  
Г) портальная гипертензия
2. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У МЛАДЕНЦЕВ  
А) геморрагическая болезнь  
Б) инвагинация кишечника\*  
В) язвенная болезнь ДПК  
Г) портальная гипертензия
3. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ  
А) геморрагическая болезнь  
Б) инвагинация кишечника  
В) язвенная болезнь ДПК  
Г) портальная гипертензия  
Д) эрозивный гастрит\*
4. САМАЯ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ЖКТ КРОВОТЕЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ 3 ЛЕТ  
А) геморрагическая болезнь  
Б) инвагинация кишечника  
В) язвенная болезнь ДПК

2. Г) порталная гипертензия ПРИЧИНЫ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ:  
 А) гипокалиемия\*  
 Б) погрешности диеты  
 В) операционная травма брюшной полости\*  
 Г) ЧМТ\*  
 Д) интоксикация любой этиологии\*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ

	УМО)				
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

### Тема 2.3. Хирургические заболевания органов брюшной полости у детей.

**Цель:** овладение студентами знаний о хирургических заболеваниях толстой кишки, изучение различных заболеваний и пороков развития толстой кишки, особенности различных форм холецистита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, полипов и полипоза кишечника у детей. Классификация, клиника, показания и методы консервативного и оперативного лечения.

**Задачи:** - рассмотреть этиологию, патогенез, классификацию, формы хирургических заболеваний толстой кишки и органов брюшной полости.

- обучить способам диагностики и методам лечения

- изучить болезнь Гиршпрунга, выпадение слизистой и прямой кишки, полипоз кишечника, анальные трещины

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10, ПК - 20

**Обучающийся должен знать:** этиологию, патогенез, классификацию, формы хирургических заболеваний толстой кишки и органов брюшной полости

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз и применить необходимые методы лечения

**Обучающийся должен владеть:** вопросами диагностики и лечения заболеваний толстой кишки и органов брюшной полости



### **Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Болезнь Гиршпрунга. Классификация, формы, стадии заболевания. Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения больных. Выпадение слизистой и прямой кишки у детей. Клиника, диагностика, лечение и реабилитация. Полипоз кишечника: виды, особенности диагностики, принципы лечения. Полипы толстой и прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Анальные трещины. Клиника, диагностика, лечение. особенности различных форм холецистита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, полипов и полипоза кишечника у детей. Классификация, клиника, показания и методы консервативного и оперативного лечения.

### **2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

### **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная Ж., 16 лет, заболела 4 февраля около 23 часов, когда появилась боль в правой подвздошной области, тошнота. Приняла 1 таблетку анальгина. Боль не уменьшилась, что заставило обратиться за медицинской помощью 5 числа.

Росла и развивалась соответственно возрасту. Болела простудными заболеваниями. Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Температура тела 36,6<sup>0</sup> С. Аппетит снижен. Язык покрыт серовато-белым налётом. Слизистые сухие. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительны. Симптом Щёткина-Блюмберга слабо положителен. При ректальном исследовании отмечается усиление болезненности в правой половине живота. Общий анализ крови – эритроциты  $4,3 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 145 г/л, цветной показатель 0,9, лейкоциты  $6,9 \times 10^9/л$ , палочкоядерные -1%, сегментоядерные 56%, эозинофилы 3%, лимфоциты 35%, моноциты 6%, СОЭ – 5 мм/ч. Общий анализ мочи в норме.

### **Контрольные вопросы**

1) *Ваш диагноз?*

2) *Этиология, патогенез, классификация?*

3) *Методы диагностики?*

4) *Лечение? Осложнения?*

5) *Прогноз и диспансеризация?*

### **4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме: 1*

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1) Аноректальные пороки. Эмбриогенез, виды. Классификации Лёньюшкина и Мельбурнская, характеристика

- 2) Диагностика, дифференциальная диагностика, принципы и способы оперативного лечения и послеоперационного ведения
- 3) Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез, классификация, формы, стадии, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение (консервативное и оперативное)
- 4) Долихосигма. Хронические запоры у детей. Диагностика, лечение.
- 5) Болезнь Пайра у детей. Клиника, диагностика, лечение.
- 6) Выпадение слезистой и прямой кишки. Лечение, реабилитация
- 7) Анальные трещины. Клиника, диагностика, лечение.
- 8) Особенности различных форм холецистита, неспецифического язвенного колита, болезни Крона, полипов и полипоза кишечника у детей. Классификация, клиника, показания и методы консервативного и оперативного лечения.
- 9) Некротический энтероколит. Этиология, патогенез, клиника, формы, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовый контроль:**

1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку \*
- 2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- 3) копчиковая киста
- 4) воронкообразное кожное втяжение
- 5) все перечисленное

2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) зондирование
- 2) пальцевое ректальное обследование
- 3) рентгенофистулография \*
- 4) ректороманоскопия, колоноскопия
- 5) весь перечисленный комплекс исследований

3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) на животе \*
- 2) на спине
- 3) на левом боку
- 4) на правом боку
- 5) любое из перечисленных

4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса \*
- 3) при обострении процесса
- 4) после 5-6 лет
- 5) в любые сроки

5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгеноконтрастный
- 2) ректороманоскопия
- 3) колоноскопия
- 4) пальцевое ректальное исследование \*
- 5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;
- Б) консервативная терапия, бужирование;
- В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; \*
- Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;
- Д) любой из перечисленных вариантов.

7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года \*
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

- 1) по установлении диагноза
- 2) в 1,5 года \*
- 3) в 3-4 года
- 4) в 7 лет
- 5) в более старшем возрасте

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

- 1) 3 часа после рождения
- 2) 6 часов после рождения
- 3) 16 часов после рождения \*
- 4) 24 часа после рождения
- 5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- 1) ректовестибулярный свищ \*
- 2) ректовагинальный свищ
- 3) ректоуретральный свищ
- 4) ректовезикальный свищ
- 5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенография по Вангенстину
- 2) контрастное исследование кишки через свищ
- 3) исследование свища зондом \*
- 4) электромиография промежности
- 5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

- 1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки \*
- 2) гипертрофия мышечного слоя кишки
- 3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
- 4) токсическая дилатация толстой кишки
- 5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

- 1) острую \*
- 2) подострую
- 3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

1) ирригографию

2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа \*

3) дачу бариевой смеси через рот

4) колоноскопию

5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1) радикальная операция

2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки

3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки

5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки \*

16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 9 месяцев

4) 12 месяцев \*

5) 3 года и старше

17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

1) острую

2) подострую \*

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза \*

19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки \*

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) до 6 месяцев \*

2) после 1 года

3) после 3 лет

- 4) после 6 лет  
5) после перенесенной кишечной инфекции
21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) операция Дюамеля
  - 2) операция Свенсона
  - 3) операция Соаве \*
  - 4) колостома
  - 5) илеостома
22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:
- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
  - 2) ирригография с воздухом
  - 3) ирригография с бариевой взвесью \*
  - 4) дача бариевой взвеси через рот
  - 5) колоноскопия
23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:
- 1) болезнь Гиршпрунга \*
  - 2) долихосигма
  - 3) хронический колит
  - 4) неспецифический язвенный колит
  - 5) болезнь Крона
24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:
- 1) консервативную терапию, сифонные клизмы
  - 2) срочное радикальное оперативное вмешательство
  - 3) срочную колостомию
  - 4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки \*
  - 5) колостомию в удовлетворительном состоянии
25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:
- 1) опухоль толстой кишки
  - 2) удвоение кишечника
  - 3) лимфангиома брюшной полости
  - 4) каловый камень \*
  - 5) холодный аппендикулярный инфильтрат
26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) разрез мягких тканей и дренирование \*
  - 2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
  - 3) антибактериальная терапия
  - 4) физиотерапевтические методы лечения
  - 5) повязка с мазью Вишневского
27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:
- 1) 3 месяца
  - 2) 6 месяцев \*

- 3) 8 месяцев
- 4) 1,5 года
- 5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) инфекционная
- 2) ферментативная
- 3) алиментарная
- 4) аллергическая
- 5) аутоиммунная \*

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

- 1) острая
- 2) первично-хроническая
- 3) хроническая
- 4) скоротечная
- 5) подострая \*

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

- 1) об острой форме неспецифического язвенного колита
- 2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита \*
- 3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
- 4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
- 5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) бактериологическое
- 2) рентгенологическое
- 3) эндоскопическое \*
- 4) пальцевое ректальное
- 5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

- 1) колита
- 2) болезни Гиршпрунга
- 3) неспецифического язвенного колита \*
- 4) болезни Крона
- 5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) младший возраст
- 2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
- 3) прогрессирующее ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии \*
- 4) поражение толстой кишки на всем протяжении
- 5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВ ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

- 1) наблюдение
- 2) сифонная клизма
- 3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости \*
- 4) цекостомия
- 5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома \*
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) ревизия и санация раны \*
- 2) ревизия и санация раны, цекостома
- 3) ревизия и санация раны, сигмостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
- 5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

- 1) ревизия и санация брюшной полости
- 2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
- 4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны \*
- 5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

- 1) ревизия и санация раны
- 2) ревизия и санация раны, сигмостома
- 3) ревизия и санация раны, цекостома
- 4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полсти
- 5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны \*

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) пальцевое ректальное исследование \*
- 4) ангиография
- 5) пункция образования

40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:

- 1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты \*
- 2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 6-8 месяцев \*

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ректальное исследование

2) эндоскопия \*

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа \*

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода \*

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая \*

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая \*

3) третья

4) четвертая

5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая



- 2) вторая
- 3) третья \*
- 4) четвертая
- 5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:

- 1) компенсированную
- 2) субкомпенсированную
- 3) декомпенсированную \*
- 4) II степень
- 5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) пальцевое исследование прямой кишки \*
- 3) ирригография с воздухом
- 4) лапароскопия
- 5) колоноскопия

#### Рекомендуемая литература:

##### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

##### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

### Раздел 3. Особенности гнойной инфекции у детей.

#### Тема 3.1. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей у детей.

**Цель:** приобретение студентами знаний диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей, вопросов антибактериальной терапии.

**Задачи:** - рассмотреть следующие заболевания - фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

- обучить методам диагностики и лечения, вопросам рациональной антибиотикотерапии  
- изучить методы диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение ...

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз и назначить лечение

**Обучающийся должен владеть:** методами диагностики и лечения

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Фурункул, карбункул, абсцесс, лимфаденит, рожа, мастит, парапроктит, панариций. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение

**2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

**3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз

1) фурункулез

2) псевдофурункулез

3) флегмона подкожной клетчатки \*

4) абсцесс

5) рожистое воспаление

**4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

**Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

**Вопросы для самоконтроля:**

1) Функции хирурга детской поликлиники. Оснащение хирургического кабинета

2) Асептика и антисептика

3) Обезболивание. Деонтология в детской хирургии

4) Важнейшие врачебные манипуляции. Принципы разъединения и соединения тканей

5) Пункции суставов и полостей. Остановка кровотечений

6) Футлярная блокада по Вишневскому. Катетеризация мочевого пузыря

7) Эндоскопия в поликлинике, элементы реанимации

8) Гипсовая техника. Прием и оказание первой врачебной помощи

9) Фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение

- 10) Рожистое воспаление. Клиника, формы, диагностика, лечение
- 11) Абсцессы, банальные флегмоны подкожно-жировой клетчатки
- 12) Гнойно-некротическая флегмона новорожденных
- 13) Мастит новорожденных. Клиника, диагностика, лечение
- 14) Парапроктит. Этиология, клиника. Диагностика. лечение
- 15) Панариции. Классификация, виды, клиника, диагностика, виды лечения
- 16) Лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение
- 17) Баланопостит. Клиника, диагностика, лечение
- 18) Омфалит. Формы. Клиника, диагностика, лечение
- 19) Гнойная рана. Принципы послеоперационного ведения

3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

**Тестовый контроль:**

1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
  - 1) недостатком IgA
  - 2) недостатком IgM
  - 3) недостатком IgG\*
  - 4) незавершенным фагоцитозом
  - 5) низкой кислотностью желудочного сока
2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО
  - 1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
  - 2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
  - 3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
  - 4) воспаление нескольких потовых желез
  - 5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер\*
3. КАКОЙ ГРУППЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ
  - 1) цефалоспорины I поколения
  - 2) цефалоспорины II поколения
  - 3) цефалоспорины III поколения\*
  - 4) пенициллины
  - 5) ингибитор-защищенные пенициллины
4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ
  - 1) консервативной терапии\*
  - 2) хирургического вмешательства
  - 3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)
  - 4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией
  - 5) данная форма не требует стационарного лечения
5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) врожденный порок развития урахуса
  - 2) врожденный порок развития желточного протока
  - 3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану\*
  - 4) гематогенное поражение пупочного остатка
  - 5) лимфогенное поражение пупочного остатка
6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ
  - 1) не требуется
  - 2) вскрытие по центру флюктуации
  - 3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей\*

- 4) разрезы и дренирование выпускниками
- 5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

**7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ**

- 1) таблетированные
- 2) мазевые
- 3) парентеральные
- 4) свечи

5) гелевые\*

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин , С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими	М.П.Разин, И.В.Шешунов,	2013, Киров	100	ЭБС Кировского

	заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	С.В.Игнатьев, Н.К. Сухих			ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

### Тема 3.2. Гематогенный остеомиелит

**Цель:** овладение студентами знаний гематогенного остеомиелита у детей.

**Задачи:** - рассмотреть вопросы этиологии и патогенеза, клинику острого гематогенного остеомиелита;

- обучить диагностике заболевания и методам лечения ;

-изучить атипичные формы остеомиелита и методы их диагностики и лечения;

- сформировать необходимые компетенции - ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** клинику, диагностику, методы лечения и реабилитации больных остеомиелитом. Анатомо-физиологические особенности детского организма, принципы гнойной хирургии.

**Обучающийся должен уметь:** назначать необходимые методы обследования и правильно их интерпретировать, диагностировать различные формы патологии.

**Обучающийся должен владеть:** методами диагностики и лечения острого гематогенного остеомиелита, навыками измерения внутрикостного давления.

**Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:**

**1. Ответить на вопросы по теме занятия:** Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита. Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы.

Диагностика и дифференциальная диагностика. Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Атипичные формы остеомиелита. Клиника, диагностика и лечение.

## **2. Практическая работа.**

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

## **3. Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больная Ж., 2,5 года. 26.01. на улице получила травму правого коленного сустава. 29.01. повысилась температура до  $39^{\circ}$ , присоединилась вялость и судороги. С подозрением на пневмонию госпитализирована в ЦРБ. 30.01. состояние ухудшилось. Периодически испытывает полуобморочное состояние. Температура  $39,6^{\circ}$ . Появилась припухлость в нижней и средней трети правого бедра, окружность его на 3 см больше левого. На передней поверхности правого коленного сустава ссадина  $1 \times 0,8$  см под струпом. На рентгенограмме патологии не выявлено. Общий анализ крови: эритроциты  $3,9 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 80 г/л, лейкоциты  $23,6 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 0, юные – 4%, палочкоядерные – 13%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 13%, моноциты – 10%, СОЭ – 56 мм в час. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, мочиться нормально.

### **Контрольные вопросы**

1) Ваш диагноз?

2) Этиология и патогенез заболевания?

3) Классификация?

4) Допущенные диагностические ошибки?

5) Принципы лечения? Осложнения, исходы?

## **4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

### **Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:**

*Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:*

1). Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2). Ответить на вопросы для самоконтроля

#### **Вопросы для самоконтроля:**

1) Этиология и патогенез острого гематогенного остеомиелита

2) Клиника острого гематогенного остеомиелита в зависимости от формы

3) Диагностика и дифференциальная диагностика

4) Тактика лечения острого гематогенного остеомиелита. Исходы

5) Эпифизарный остеомиелит у детей младшего возраста (клиника, диагностика, лечение)

6) Хронический вторичный гематогенный остеомиелит. Осложнения.

7) Атипичные формы остеомиелита (абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма). Клиника, диагностика, лечение

3). Проверить свои знания с использованием тестового

#### **Тестовый контроль:**

1. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

- 1) 1-2 минут \*
- 2) 10-15 минут
- 3) 20-25 минут
- 4) 30-40 минут
- 5) 60 минут

2. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 1) измерение внутрикостного давления
- 2) дополнительную остеоперфорацию \*
- 3) ушивание раны
- 4) промывание костномозгового канала
- 5) дренирование раны

3. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

- 1) дополнительную остеоперфорацию
- 2) измерение внутрикостного давления \*
- 3) ушивание раны
- 4) промывание костномозгового канала
- 5) дренирование раны

4. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному \*
- 4) к хроническому
- 5) к септикопиемическому

5. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному \*
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому
- 5) к септикопиемическому

6. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому \*
- 5) к септикопиемическому

7. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному \*



3) к молниеносному

4) к хроническому

5) к септикопиемическому

8. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) до 1 месяца

2) до 2-3 месяцев \*

3) до 4-8 месяцев

4) до 8-10 месяцев

5) до 1 года

9. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

1) срочная остеоперфорация

2) остеоперфорация после предоперационной подготовки \*

3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке

4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки

5) внутрикостное введение антибиотиков

10. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) диагностическая пункция мягких тканей

2) остеофлебография

3) электрорентгенография

4) измерение внутрикостного давления

5) бактериоскопия мазка \*

11. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

1) срочная операция

2) плановая операция \*

3) диагностическая пункция

4) наблюдение

5) антибиотикотерапия

### Рекомендуемая литература:

#### Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента

4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-
---	---	---	---------------------------------	----	---

### Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов, М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ

10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ
----	---	--	-------------	----	--------------------

#### Раздел 4. Неотложная детская урология.

##### Тема 4.1.: Воспалительные заболевания и травма органов мочевыделительной системы у детей. Зачетное занятие

**Цель:** овладение студентами знаний по вопросам - биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки». Оценка знаний, умений, навыков по дисциплине и контроль освоения результатов.

**Задачи:** - рассмотреть биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

- обучить методам диагностики и лечения

-изучить методы лечения различных видов травм органов мочевой системы

- сформировать необходимые компетенции -- ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.

**Обучающийся должен знать:** Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

**Обучающийся должен уметь:** поставить диагноз, назначить лечение

**Обучающийся должен владеть:** методами диагностики и лечения

#### Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

**1. Ответить на вопросы по теме занятия.** Биомеханизм, виды повреждений органов мочевой системы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения различных видов травм органов мочевой системы. Клиника, диагностика и лечение синдрома «острой мошонки».

#### 2. Практическая работа.

Курация больных

Разбор клинических больных

Отработка практических навыков

Изучение рентгенограмм, данных УЗИ и т.п.

Изучение лабораторных данных

#### 3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач

- представить теоретические знания по данной теме;

- применить эти знания в конкретной ситуации

2) Пример задачи с разбором по алгоритму:

Больной Т., 12 лет, 10 марта пожаловался на боли в правой половине мошонки. Факт травмы отрицает. Боли постоянные, интенсивные, иррадиирующие в брюшную полость. 11 марта появился отёк и гиперемия тканей правой половины мошонки, увеличение мошонки в объёме, выраженный болевой синдром. За медицинской помощью обратился с родителями только 12 марта.

При осмотре: правая половина мошонки увеличена в объёме. Ткани её отёчны, гиперемированы. Яичко плотное, болезненное, увеличено в размерах, пальпируется у входа в мошонку.

#### Контрольные вопросы

- 1) *Ваш диагноз?*
- 2) *Этиология и патогенез?*
- 3) *Классификация?*
- 4) *Методы диагностики?*
- 5) *Социальная значимость проблемы? Лечение?*

#### **4. Задания для групповой работы**

Не предусмотрены учебным планом.

#### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ЗАЧЕТА ПО НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА.**

**Ситуационные задачи с ответами (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)**

1. БОЛЬНАЯ В., 9 ЛЕТ. Лечилась в кожном отделении по поводу чешуйчатого лишая. 22.11. повысилась температура, появились боли в правом бедре и голени. 23.11. боли в бедре усилились, температура повысилась до 38 – 40<sup>0</sup>. Анализ периферической крови от 24.11. лейкоциты – 14x10<sup>9</sup>/л, юные – 1%, палочкоядерные – 16%, сегментоядерные – 75%, лимфоциты – 7%, эозинофилы – 0, СОЭ – 45 мм в час. Правая нижняя конечность в положении сгибательной контрактуры в тазобедренном суставе. Бедро резко и равномерно увеличено в объеме, его окружность больше левого на 6 см, пальпация болезненна.

- 1) Острый гнойный коксит справа. Пункция сустава, далее консервативное лечение
- 2) Чешуйчатый лишай. Консервативное лечение у дерматолога
- 3) Острый гематогенный остеомиелит верхней трети правого бедра, местноочаговая форма. Экстренная остеоперфорация, проведение интенсивной терапии\*
- 4) Перелом шейки правого бедра, чешуйчатый лишай. Открытая репозиция с остеосинтезом, лечение кожного заболевания в послеоперационном периоде

2. ПРИЧИНАМИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МОГУТ БЫТЬ (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

- 1) наследственные нарушения гемостаза
- 2) приобретенные нарушения гемостаза
- 3) все вышеперечисленные \*
- 4) анафилактические
- 5) спорадические

3. БОЛЬНАЯ О., 2 ГОДА 11 МЕС. 26.07. на улице получила травму правого коленного сустава. 29.07. повысилась температура до 39<sup>0</sup>, присоединилась вялость и судороги. С подозрением на пневмонию госпитализирована в ЦРБ. 30.07. состояние ухудшилось. Периодически теряет сознание. Температура 39,6<sup>0</sup>. Появилась припухлость в нижней и средней трети правого бедра, окружность его на 3 см больше левого. На передней поверхности правого коленного сустава ссадина 1x0,8 см под струпом. На рентгенограмме патологии не выявлено. Анализ крови: эритроциты 3,9x10<sup>12</sup>, гемоглобин 60 ед., лейкоциты 23,36x10<sup>9</sup>/л, эозинофилы – 0, юные – 4%, палочкоядерные – 13%, сегментоядерные – 60%, лимфоциты – 13%, моноциты – 10%, СОЭ – 50 мм в час. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены, мочиться нормально.

(ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

- 1) Острая пневмония. Дебют эпилепсии. Инфицированная рана в области правого коленного сустава. Консультация невропатолога, антибактериальная терапия, перевязки
- 2) Острая пневмония. Гнойный гонит справа. Пункция правого коленного сустава, а затем консервативное лечение
- 3) Перелом наружного мыщелка правой бедренной кости. ОРВИ. Остеосинтез после лечения респираторного заболевания
- 4) Острый гематогенный остеомиелит нижней трети правого бедра, местноочаговая форма. Экстренное оперативное лечение и проведение интенсивной терапии\*
- 5) Острый гематогенный остеомиелит нижнего эпифиза правой бедренной кости. Экстренная пункция коленного сустава и интенсивная терапия

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАРУШЕНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

- 1) гемофилии
- 2) болезни Виллебранда
- 3) тромбоцитопатиях
- 4) приеме специфических препаратов
- 5) все вышеперечисленное \*

5. БОЛЬНАЯ А., 5 ЛЕТ, доставлена в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на боли и припухлость правого лучезапястного сустава. Из анамнеза выяснено: два дня назад девочка каталась с горки, упала, ударилась правой рукой, тогда же появились боли, припухлость области правого лучезапястного сустава и нижней трети предплечья. Ночью не спала, беспокоили боли. Локально: нижняя треть правого предплечья и область лучезапястного сустава бледная, отечная. Движение в правом лучезапястном суставе резко болезненны, ограничены. При пальпации и перкуссии нижней трети правого предплечья определяется болезненность. Деформации конечности не определяется.

- 1) Растяжение связок лучезапястного сустава
- 2) Гематома правого предплечья
- 3) Острый гематогенный остеомиелит костей предплечья
- 4) Повреждение Мантеджа\*
- 5) Саркома Юинга (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

6. ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ НЕ ПОКАЗАНА РЕБЕНКУ С КОЛИЧЕСТВОМ ТРОМБОЦИТОВ (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

- |                                   |       |                        |
|-----------------------------------|-------|------------------------|
| 1)                                | менее | 100x10 <sup>9</sup> /л |
| 2) менее 170x10 <sup>9</sup> /л * |       |                        |
| 3)                                | менее | 200x10 <sup>9</sup> /л |
| 4) менее 230x10 <sup>9</sup> /л   |       |                        |
| 5)                                | менее | 250x10 <sup>9</sup> /л |

7. БОЛЬНОЙ С., 3 ЛЕТ. Заболел 9.03. Жалобы на боли в правой нижней конечности, температура тела родителями не измерялась. 10.03. появились отек и краснота в верхней трети голени, усилились боли, перестал ходить. 11.03. родители обратились к врачу поликлиники, который рекомендовал лечение компрессами и теплыми ваннами. Состояние ухудшалось, 15.03. доставлен в хирургическое отделение. Ребенок вялый, плохо реагирует на окружающее, температура 39<sup>0</sup>. Кожные покровы бледные, язык сухой, покрыт коричневым налетом. Дыхание жесткое, единичные влажные хрипы, тоны сердца приглушены. Пульс 140, АД-90/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Правая нижняя конечность в положении сгибания, приведена к животу. Окружность сегмента правого бедра в средней трети на 2 см больше левого. Коленный сустав увеличен на 3 см, голень в области средней трети – на 4 см.

- 1) Миозит приводящих мышц правого бедра. Острая пневмония. Провести физиотерапевтическое лечение.
- 2) Острый гематогенный остеомиелит средней трети правого бедра, септикопиемическая форма. Допущена диагностическая ошибка поликлиническим звеном здравоохранения. Показано экстренное оперативное лечение и интенсивная терапия.\*
- 3) Острый гематогенный остеомиелит средней трети правого бедра, токсическая форма. Допущена диагностическая ошибка поликлиническим звеном здравоохранения. Показана экстренная остеоперфорация и интенсивная терапия.
- 4) Хронический остеомиелит. Допущена диагностическая ошибка поликлиническим звеном здравоохранения. Оперативное лечение после купирования обострения.
- 5) Поднадкостничный перелом правой бедренной кости. Острое респираторное заболевание. Закрытая репозиция и лечение ОРВИ. (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК -

8, ПК - 10.)

8. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОСЛЕПЕРАЦИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ БЕЗ ЯВНОГО ПРИЧИННОГО ФАКТОРА (КРОВОТОЧАЩЕГО СОСУДА) ОСТАНОВКА ИХ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ

- 1) холод, давящая повязка, дицинон, антифибринолитики, новосэвен, СЗП \*
- 2) СЗП, клексан, гордокс
- 3) теплая грелка, аспирин
- 4) октреатид, триглецириды, аминокaproновая кислота, викасол
- 5) все вышеперечисленное (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

9. НОВОРОЖДЕННЫЙ И., 14 ДНЕЙ, поступил из дома. Родился доношенным, пуповина отпала на 5 день. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат в нижней трети правого предплечья, доставлен в хирургическое отделение. Состояние ребенка расценено как удовлетворительное, крик громкий, температура 36,5<sup>0</sup>, пульс 120 ударов в минуту, изменений со стороны внутренних органов не отмечено. Определяется припухлость правого лучезапястного сустава и нижней трети предплечья. На тыльной поверхности в проекции нижнего метафиза локтевой кости – резко болезненный инфильтрат 2,5 на 2 см. Кожа над ним гиперемирована, горячая на ощупь. В глубине определяется флюктуация. Движения в лучезапястном суставе резко ограничены из-за болезненности.

- 1) Эпифизарный остеомиелит нижней трети локтевой кости, местноочаговая форма. Экстренная пункция лучезапястного сустава, остеоперфорация метафиза, интенсивная терапия.\*
- 2) Посттравматическая гематома мягких тканей в области лучезапястного сустава. Лечение консервативное, направленное на рассасывание гематомы.
- 3) Интранатальный переломо-вывих Мантеджи. Закрытая репозиция.
- 4) Артрит правого лучезапястного сустава. Пункция сустава, физиолечение.
- 5) Подвывих головки лучевой кости. Вправление, иммобилизация. (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

10. У ДЕТЕЙ ПРИ РАЗВИТИИ ДВС-СИНДРОМА СЗП ВВОДИТСЯ В ДОЗЕ

- 1) 5-10 мл/кг
- 2) 10-15 мл/кг
- 3) 15-20 мл/кг \*
- 4) 20-25 мл/кг
- 5) 25-30 мл/кг

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

- 1) фурункул
- 2) карбункул
- 3) флегмона
- 4) рожистое воспаление \*
- 5) абсцесс подкожной клетчатки (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

12. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое рецидивирующее течение. Указанное состояние характерно

- 1) для фурункулеза \*
- 2) для рожистого воспаления
- 3) для флегмоны
- 4) для псевдофурункулеза
- 5) для абсцессов подкожной клетчатки (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

13. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз

- 1) фурункулез
- 2) псевдофурункулез
- 3) флегмона подкожной клетчатки \*
- 4) абсцесс
- 5) рожистое воспаление (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

14. У БОЛЬНОГО, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезнен. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:

- 1) с пальпации живота под наркозом
  - 2) с лапароскопии
  - 3) с рентгеноскопии грудной клетки
  - 4) с ультразвукового исследования брюшной полости
  - 5) с ректального пальцевого исследования \*
- (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

15. У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз

- 1) фурункул
- 2) карбункул \*
- 3) флегмона
- 4) рожистое воспаление
- 5) абсцесс подкожной клетчатки (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

16. У РЕБЕНКА покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз

- 1) паронихия \*
- 2) кожный панариций
- 3) флегмона
- 4) абсцесс
- 5) подкожный панариций (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

17. У РЕБЕНКА в области указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует

- 1) паронихии
- 2) кожному панарицию \*
- 3) подкожному панарицию
- 4) подногтевому панарицию
- 5) флегмоне (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

18. У РЕБЕНКА НА ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ УКОЛА ПАЛЬЦА ПОЯВИЛИСЬ ДЕРГАЮЩИЕ БОЛИ. ПОД НОГТЕМ СКОПЛЕНИЕ ГНОЯ. ДИАГНОЗ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) паронихии
- 2) кожному панарицию
- 3) подногтевому панарицию \*
- 4) подкожному панарицию
- 5) флегмоне (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

19. У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3 дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. гипертермия. Клиническая картина соответствует
- 1) паронихии
  - 2) кожному панарицию
  - 3) подкожному панарицию \*
  - 4) подногтевому панарицию
  - 5) костному панарицию (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)
20. У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ пятый день боли в области ногтевой фаланги. ночь не спал. Колбообразное расширение и инфильтрация мягких тканей. гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Диагноз
- 1) паронихия
  - 2) кожный панариций
  - 3) подкожный панариций
  - 4) костный панариций \*
  - 5) подногтевой панариций (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)
21. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ болезненность и равномерная отечность тканей у основания пальца кисти, распространяющаяся к лучезапястному суставу. Активные движения в суставе отсутствуют. Пассивные сопровождаются резкой болезненностью. указанная картина соответствует
- 1) паронихии
  - 2) кожному панарицию
  - 3) подкожному панарицию
  - 4) подногтевому панарицию
  - 5) сухожильному панарицию \*(ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)
22. У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. гипертермия. диагноз
- 1) флегмона кисти \*
  - 2) кожный панариций
  - 3) подкожный панариций
  - 4) костный панариций
  - 5) сухожильный панариций (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)
23. БОЛЬНОЙ К. 14 ЛЕТ, доставлен в хирургическую клинику бригадой скорой помощи с жалобами на незначительное повышение температуры тела, боли в правом бедре и правом коленном суставе. Из анамнеза известно, что болен в течение 1,5 лет, связывает начало заболевания с травмой коленного сустава 2 года назад, когда на ушиб правый коленный сустав. 1,5 года назад появилась незначительная болезненность в правом коленном суставе, не связанная с физической нагрузкой, нарушился сон. Шесть месяцев назад появилась припухлость правого коленного сустава, боли усилились. Три дня назад поднялась температура до 37,5°C, ночью плохо спит, беспокоят боли в покое в правом коленном суставе, появилась пастозность мягких тканей нижней трети бедра. Дома самостоятельно принимал аспирин, боли не купировались. Локально: правое бедро в н/3 увеличено в объеме, на фоне бледных кожных покровов выражена подкожная венозная сеть. Активные и пассивные движения в коленном суставе ограничены, болезненны. Походка нарушена – “хромает на правую ногу”. Пальпация и перкуссия правого бедра и голени болезненна. Нагрузка по оси безболезненная. Проведена R правого бедра с захватом коленного сустава: определяется остеопароз бедра и симптом “kozyрька” в метафизарной зоне.
- 1) Атипичная форма гематогенного остеомиелита



- 2) Острый гематогенный остеомиелит
- 3) Остеогенная саркома\*
- 4) Эпифизарный остеомиелит
- 5) Вторичный хронический остеомиелит  
(ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

24. У РЕБЕНКА на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Гнойный выпот во всех отделах брюшной полости. Межпетлевые гнойники. Выраженные фибриновые наложения и инфильтрация тканей. Выраженный парез кишечника. Ему следует выполнить:

- 1) лаваж брюшной полости после операции
- 2) лапаростомию \*
- 3) одномоментную санацию брюшной полости путем промывания
- 4) аппендэктомию, перидуральную анестезию
- 5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

25. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:

- 1) аппендэктомия обычным способом
- 2) отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей
- 3) аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника \*
- 4) отказ от аппендэктомии, оставление местно микроирригатора
- 5) пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

#### **Тестовые задания по «Неотложной хирургии детского возраста»**

**Полостная травма у детей.** (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

1. ЧТОБЫ ПРАВИЛЬНО ТРАКТОВАТЬ ИМЕЮЩИЕСЯ ИЗМЕНЕНИЯ, НЕОБХОДИМО ПРОИЗВЕСТИ РЕНТГЕНОГРАФИЮ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ В ПОЛОЖЕНИИ

- 1) лежа на спине
- 2) стоя \*
- 3) лежа на животе;
- 4) в положении Тренделенбурга
- 5) на горке

2. ЛЕВАЯ И ПРАВАЯ СТОРОНЫ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ ПО

- 1) наклейке на рентгенограмме
- 2) букве "Л" или "П", поставленной рентгентехником
- 3) газовому пузырю желудка \*
- 4) тени средостения
- 5) высоте куполов диафрагмы

3. ТОЛЬКО БРОНХОГРАФИЯ ДАЕТ ПРАВИЛЬНУЮ ТРАКТОВКУ СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ БРОНХОВ

- 1) при бронхоэктазии \*
- 2) при врожденной лобарной эмфиземе
- 3) при легочной секвестрации
- 4) при кисте легкого
- 5) при опухоли легкого

4. БРОНХОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА

- 1) при опухоли легкого
- 2) при легочной секвестрации

- 3) при врожденной лобарной эмфиземе \*
- 4) при кисте легкого
- 5) при бронхоэктазии
5. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ БРОНХОГРАФИИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) интубационный наркоз без миорелаксантов
  - 2) местная анестезия
  - 3) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
  - 4) интубационный наркоз с применением миорелаксантов \*
  - 5) применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
6. ПРИЧИНАМИ ХИЛОТОРАКСА МОГУТ БЫТЬ
  - 1) врожденные
  - 2) травматические
  - 3) нетравматические
  - 4) все вышеперечисленные \*
  - 5) наследственные
7. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО
  - 1) лимангиоматоз кишечника \*
  - 2) лимфангиоматоз легкого
  - 3) гемангиомы кишечника
  - 4) ангиоматоз легкого
  - 5) фиброзная остеодисплазия
8. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА С НАПРЯЖЕННЫМ ХИЛОТОРАКСОМ ПОКАЗАНО:
  - 1) дренирование плевральной полости с активной аспирацией
  - 2) дренирование плевральной полости с аспирацией по Бюлау
    - 3) операция
    - 4) плевральная пункция \*
    - 5) консервативное лечение
9. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ИЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПОЛЬЗУ ТОГО, ЧТО ЭТО ЛИМФА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
  - 1) повышенное содержание липидов
  - 2) повышенное содержание белка
  - 3) повышенный уровень триглицеридов
  - 4) при микроскопии преобладают лимфоциты
  - 5) все вышеперечисленное \*
10. ПОМИМО ПУНКЦИОННОГО, ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХТ И ХП В СЕБЯ ВКЛЮЧАЕТ
  - 1) ЛФК, массаж
  - 2) парафин на переднюю брюшную стенку
  - 3) парентеральное питание (или смеси с ТСЦ), октреатид \*
  - 4) системную энзимотерапию
  - 5) селективную деконтаминацию

*Указать все правильные ответы*

12. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО
  - 1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
  - 2) выраженные симптомы раздражения брюшины\*
  - 3) симптом "Ваньки - встаньки"
  - 4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически\*
  - 5) отсутствие перистальтики\*
  - 6) симптом исчезновения печеночной тупости\*
13. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ
  - 1) "Френикус"- симптом\*
  - 2) сильные опоясывающие боли

- 3) укорочение перкуторного звука в левой половине живота\*
  - 4) слабый симптом Щеткина-Блюмберга\*
  - 5) лейкоцитоз\*
  - 6) снижение артериального давления\*
14. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
- 1) Ангиографию\*
  - 2) лапароцентез или лапароскопию\*
  - 3) УЗИ\*
  - 4) пневмоперитонеум
  - 5) измерение артериального давления\*
  - 6) обзорную рентгенографию брюшной полости\*
  - 7) пневмоирриграфию
15. ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ
- 1) явления посттравматического шока\*
  - 2) положительный френникус-симптом
  - 3) болезненность и слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье\*
  - 4) свободный газ в брюшной полости
  - 5) укорочение перкуторного звука в правом боковом канале\*
  - 6) положительный симптом Пастернацкого

**Черепно-мозговая травма у детей.** (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

*Указать один правильный ответ*

1. К ОТКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ
  - 1) перелом основания черепа без повреждения мягких тканей \*
  - 2) переломы свода черепа с ранением мягких тканей без повреждения апоневроза
  - 3) перелом лобной кости с наличием раны в теменной области
  - 4) перелом теменной кости с наличием раны в лобной области
  - 5) ушиб мягких тканей головы
2. СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ
  - 1) кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию \*
  - 2) потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
  - 3) пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
  - 4) глубокую кому после сомнительной связи с травмой
  - 5) гемипарез при ясном сознании
3. ПРИ ОДНОСТОРОННЕЙ ЭПИ- ИЛИ СУБДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЕ ИМЕЕТ МЕСТО СЛЕДУЮЩИЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС
  - 1) кратковременная потеря сознания, рвота, ретроградная амнезия
  - 2) потеря сознания, очаговая неврологическая симптоматика, менингеальные знаки
  - 3) "светлый промежуток", гомолатеральное расширение зрачка, контрлатеральные признаки пирамидной недостаточности \*
  - 4) общемозговая симптоматика, повышение температуры
  - 5) тетраплегия, ясное сознание
4. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) потеря сознания
  - 2) очаговая неврологическая симптоматика
  - 3) многократная рвота
  - 4) ото-рино-ликворея \*
  - 5) кровотечение из носа и уха

*указать все правильные ответы*

5. ДЛЯ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
  - 1) ретроградная амнезия\*
  - 2) наличие "светлого промежутка"
  - 3) потеря сознания\*
  - 4) головная боль\*
  - 5) рвота\*
  - 6) гемипарез или гемиплегия
  - 7) анизокория
  - 8) клонико-тонические судороги
6. ДЛЯ УШИБА ГОЛОВНОГО МОЗГА ХАРАКТЕРНЫ
  - 1) ретроградная амнезия\*
  - 2) наличие "светлого промежутка"
  - 3) потеря сознания\*
  - 4) головная боль\*
  - 5) рвота\*
  - 6) гемипарез или гемиплегия\*
7. ДЛЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ ГЕМАТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ
  - 1) экстракраниальная гематома\*
  - 2) кровотечение по задней стенке глотки
  - 3) симптом "очков"
  - 4) анизокория\*
  - 5) наличие "светлого промежутка"\*
  - 6) гемипарез\*
  - 7) судороги\*
8. ДЛЯ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА
  - 1) экстракраниальная гематома
  - 2) кровотечение по задней стенке глотки\*
  - 3) симптом "очков"\*
  - 4) анизокория
  - 5) нозальная ликворея\*
  - 6) ликворея и кровотечение из слухового хода\*
  - 7) наличие "светлого промежутка"
  - 8) гемипарез
9. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ОТМЕЧАЕТСЯ
  - 1) выбухание большого родничка
  - 2) экстракраниальная гематома\*
  - 3) нозальная ликворея
  - 4) боль при пальпации области повреждения\*
  - 5) вдавление по типу "целлулоидного мячика"\*
  - 6) оскольчатый вдавленный перелом
  - 7) перелом костей свода черепа по типу трещин\*
10. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ ИССЛЕДОВАНИЯ
  - 1) Эхоэнцефалография\*
  - 2) люмбальная пункция\*
  - 3) спирометрия
  - 4) ангиография\*
  - 5) офтальмоскопия\*
  - 6) компьютерная томография, МРТ\*
11. ПРИ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО
  - 1) наблюдение и лечение амбулаторное
  - 2) антибактериальная терапия

- 3) постельный режим\*
- 4) дегидротация, седативная и витаминотерапия\*
- 5) санация ликвора люмбальной пункцией
- 6) гипербарическая оксигенация
- 7) гемостатическая терапия

**Неотложная хирургия органов брюшной полости у детей.** (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

1. ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК — ЭТО

- 1) рудимент
- 2) функциональный орган
- 3) порок развития
- 4) аномалия
- 5) вариант развития \*

2. УКАЖИТЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ РЕКТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- 1) обязательно \*
- 2) не обязательно
- 3) у детей младшего возраста по показаниям
- 4) у девочек по показаниям
- 5) в зависимости от клиники

3. СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) усиление болей при расположении на левом боку \*
- 2) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- 3) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- 4) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- 5) правое яичко расположено выше левого

4. СИМПТОМ ДУМБАДЗЕ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ – ЭТО

- 1) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- 2) болезненность при пальпации области пупочного кольца \*
- 3) уменьшение болей в положении на животе
- 4) усиление болей при отведении купола кишки медиально
- 5) снижение или отсутствие брюшных рефлексов

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево \*
- 2) гиперлейкоцитоз
- 3) лейкопения
- 4) отсутствие изменений
- 5) ускоренная СОЭ

6. РЕГРЕСС ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

- 1) невозможен \*
- 2) возможен при начальной стадии воспаления
- 3) возможен при флегмонозном аппендиците
- 4) возможен при гангренозном аппендиците
- 5) возможен даже при перфоративном аппендиците

7. БОЛЬНОЙ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЛЕЖА В ПОСТЕЛИ ЗАНИМАЕТ ПОЛОЖЕНИЕ

- 1) на спине
- 2) на животе
- 3) на правом боку с приведенными ногами \*

4) на левом боку

5) сидя

8. ДОПУСТИМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА РЕБЕНКОМ, ПОСТУПИВШИМ В ХИРУРГИЧЕСКИЙ СТАЦИОНАР С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ, ПРИ ОТСУТСТВИИ ВОЗМОЖНОСТИ СДЕЛАТЬ ЛАПАРОСКОПИЮ ОГРАНИЧЕНА

1) 3 часами

2) 6 часами

3) 12 часами

4) 18 часами

5) 24 часами \*

9. ХИРУРГ И ГИНЕКОЛОГ ПРИ СОВМЕСТНОМ ОСМОТРЕ НЕ МОГУТ РЕШИТЬ, ЧТО У БОЛЬНОГО – ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ИЛИ ОСТРЫЙ АДНЕКСИТ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

1) срединную лапаротомию

2) лапаротомию разрезом по Пффанненштилю

3) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области

4) лапароскопию \*

5) динамическое наблюдение

10. У БОЛЬНОГО С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НЕЯСНАЯ КАРТИНА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ПОЗВОЛЯЕТ

1) наблюдение

2) консервативное лечение

3) лапароскопия \*

4) лапаротомия в правой подвздошной области

5) срединная лапаротомия

11. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) локальная боль и рвота

2) напряжение мышц брюшной стенки и рвота

3) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность \*

4) симптом Щеткина и рвота

5) жидкий стул и рвота

12. У РЕБЕНКА ДИАГНОСТИРОВАН ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ. ДАЛЬНЕЙШАЯ ТАКТИКА

1) стационарное наблюдение

2) амбулаторное наблюдение

3) антибиотики, физиотерапия, наблюдение \*

4) срочная операция

5) операция в плановом порядке

13. У РЕБЕНКА НА ОПЕРАЦИИ ОБНАРУЖЕН ПЕРФОРАТИВНЫЙ АППЕНДИЦИТ. ОБИЛЬНЫЙ ГНОЙНЫЙ ВЫПОТ. УМЕРЕННЫЕ ФИБРИНОЗНЫЕ НАЛОЖЕНИЯ И ИНФИЛЬТРАЦИЯ ТКАНЕЙ, ПАРЕЗ КИШЕЧНИКА. ОПЕРАЦИЮ СЛЕДУЕТ ЗАКОНЧИТЬ

1) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания \*

2) лаважом брюшной полости после операции

3) лапаростомией

4) ввести микроирригаторы

5) дренирование брюшной полости в подвздошных областях

14. ХОЛОДНЫЙ АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ОБНАРУЖЕН ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ. ОПЕРАЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ ЗАКОНЧЕНА

1) разделением инфильтрата, аппендэктомией

2) марлевым тампоном к инфильтрату

3) микроирригатором

- 4) резиновым выпускником
- 5) ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции \*
15. У РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ 8 ЧАСОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ КЛИНИКА ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА
  - 1) срединная лапаротомия. ревизия брюшной полости
  - 2) ревизия через доступ в правой подвздошной области \*
  - 3) наблюдение, проведение консервативных мероприятий
  - 4) лапароцентез
  - 5) лапароскопия
16. У РЕБЕНКА БОЛЕЗНЕННЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПО ХОДУ ЗАЩИТЫ РАНЫ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ
  - 1) назначение антибиотиков
  - 2) курс физиотерапии
  - 3) наблюдение
  - 4) снять все швы
  - 5) снять один шов и произвести ревизию раны зондом \*
17. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТА, ЗАДЕРЖКА ОТХОЖДЕНИЯ ГАЗОВ. С МОМЕНТА ПОЯВЛЕНИЯ БОЛИ ПРОШЛО 12 ЧАСОВ. ГОД НАЗАД ОПЕРИРОВАН ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА. ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ:
  - 1) с обзорной рентгенографии брюшной полости \*
  - 2) с дачи бариевой взвеси через рот
  - 3) с гипертонической клизмы
  - 4) с ректального исследования
  - 5) с пальпации живота под наркозом
18. КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:
  - 1) 3-6 часов
  - 2) 6-12 часов
  - 3) 12-24 часов \*
  - 4) 48-72 часов
  - 5) более 72 часов
19. КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ:
  - 1) 3-6 часов \*
  - 2) 6-12 часов
  - 3) 12-24 часов
  - 4) 24-48 часов
  - 5) 48-72 часов
20. У РЕБЕНКА КАРТИНА СТРАНГУЛЯЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА. ЕМУ НЕОБХОДИМЫ:
  - 1) проведение консервативных мероприятий
  - 2) наблюдение
  - 3) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
  - 4) срочная операция
  - 5) операция после предоперационной подготовки \*
21. У РЕБЕНКА НА 4-Е СУТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КАРТИНА РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА. ЕМУ НЕОБХОДИМА:
  - 1) срочная операция
  - 2) наблюдение
  - 3) дача бария, наблюдение
  - 4) дача бария, проведение консервативных мероприятий \*
  - 5) операция в плановом порядке
22. ПРИ СПАЕЧНО-ПАРЕТИЧЕСКОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА СРОКИ

КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ НЕ ДОЛЖНЫ ПРЕВЫШАТЬ:

- 1) 3-6 часов
- 2) 6-12 часов
- 3) 12-24 часов
- 4) 24-48 часов \*
- 5) 48-72 часа

23. РЕБЕНОК 10 ЛЕТ. ОПЕРИРОВАН ГОД НАЗАД ПО ПОВОДУ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА. ЖАЛОБЫ НА ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, РВОТУ, ЗАДЕРЖКУ СТУЛА. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА В СТАЦИОНАР ОБСЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ:

- 1) с ректального пальцевого исследования
- 2) с ирригографии с воздухом
- 3) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя \*
- 4) с введения зонда в желудок
- 5) с дачи бариевой взвеси через рот

24. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) возрастная дискоординация перистальтики \*
- 2) изменение или нарушение режима питания
- 3) диспепсия
- 4) респираторно-вирусная инфекция
- 5) органическая причина дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние

25. У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ, ОДНОКРАТНАЯ РВОТА. ТЕМПЕРАТУРА НОРМАЛЬНАЯ. В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ОКРУГЛОЕ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ОБНАРУЖЕНО. ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ - ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА. КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИТЬ:

- 1) как начальный период \*
- 2) как период ярких клинических проявлений
- 3) как период непроходимости кишечника
- 4) как явления перитонита
- 5) как период осложнений

26. У РЕБЕНКА НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем
- 2) пальпаторное расправление инвагината под наркозом
- 3) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа
- 4) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа \*
- 5) оперативное лечение

27. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ ОДНОКРАТНАЯ РВОТА. ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ ОБРАЗОВАНИЕ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНО ОБИЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ДАВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ — 10 ЧАСОВ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) острый аппендицит
- 2) инвагинация кишечника \*
- 3) аппендикулярный инфильтрат
- 4) кишечная инфекция
- 5) опухоль брюшной полости

28. У РЕБЕНКА 8 МЕСЯЦЕВ КЛИНИКА ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА. ДАВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ — 9 ЧАСОВ С МОМЕНТА ПОЯВЛЕНИЯ ВЫРАЖЕННОГО БЕСПОКОЙСТВА. ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ СПЕЦИАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНОГО СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:



- 1) ирригографию с воздухом
  - 2) ирригографию с бариевой смесью
  - 3) колоноскопию \*
  - 4) лапароскопию
  - 5) исследование ректального давления
29. ГЛАВНОЕ ДОСТОИНСТВО ПРИМЕНЕНИЯ КОЛОНОСКОПИИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА СОСТОИТ: А) В ОТКАЗЕ ОТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ; Б) В ВИЗУАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ИНВАГИНАТА; В) В ВИЗУАЛЬНОМ КОНТРОЛЕ ЗА РАСПРАВЛЕНИЕМ ИНВАГИНАТА; Г) В ВОЗМОЖНОСТИ ВЫЯВИТЬ ОРГАНИЧЕСКУЮ ПРИЧИНУ ИНВАГИНАЦИИ; Д) В ВОЗМОЖНОСТИ РЕШИТЬ ВОПРОС О ПОКАЗАНИЯХ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ
- 1) А
  - 2) Б
  - 3) В
  - 4) Г
  - 5) Д \*
30. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПОЗВОЛЯЕТ РЕШИТЬ ВОПРОС О НЕОБХОДИМОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ:
- 1) лапароскопия
  - 2) колопоскопия \*
  - 3) ирригография с воздухом
  - 4) ирригография с бариевой смесью
  - 5) пальпация живота под наркозом
31. У РЕБЕНКА С ИНВАГИНАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА, ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ 10 ЧАСОВ КОНСЕРВАТИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОКАЗАЛИСЬ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ. ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ ИНВАГИНАТА В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ НАИБОЛЕЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА:
- 1) срединная лапаротомия
  - 2) поперечная лапаротомия
  - 3) разрез в подвздошной области \*
  - 4) параректальный доступ
  - 5) разрез по Пфанненштилю
32. У РЕБЕНКА С ИНВАГИНАЦИЕЙ КИШЕЧНИКА, ДАВНОСТЬЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ 12 ЧАСОВ КОНСЕРВАТИВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ОКАЗАЛИСЬ НЕЭФФЕКТИВНЫМИ. ИНВАГИНАТ ПАЛЬПИРУЕТСЯ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА:
- 1) срединная лапаротомия \*
  - 2) поперечная лапаротомия
  - 3) разрез в правой подвздошной области
  - 4) параректальный доступ
  - 5) разрез в правом подреберье
33. У РЕБЕНКА ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА. ДАВНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЯ - БОЛЕЕ 24 ЧАСОВ. ВЫРАЖЕНА КАРТИНА НЕПРОХОДИМОСТИ КИШЕЧНИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНА:
- 1) срединная лапаротомия \*
  - 2) поперечная лапаротомия
  - 3) разрез в правой подвздошной области
  - 4) параректальный доступ справа
  - 5) параректальный доступ слева
34. У РЕБЕНКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЗАПУЩЕННОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ОБНАРУЖЕНЫ НЕКРОЗЫ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА

ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ И СОМНИТЕЛЬНАЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ ВЫШЕЛЕЖАЩИХ ОТДЕЛОВ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 50 СМ. ТАКТИКА ХИРУРГА ВКЛЮЧАЕТ: А) РЕЗЕКЦИЮ ЯВНО НЕКРОТИЗИРОВАННОГО УЧАСТКА КИШКИ, ИЛЕОСТОМУ, ПЛАНОВУЮ РЕЛАПАРОТОМИЮ ЧЕРЕЗ 12 ЧАСОВ; Б) РЕЗЕКЦИЮ ВСЕЙ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ИЛЕОСТОМУ; В) РЕЗЕКЦИЮ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ТОНКО-ТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ; Г) ВЫВЕДЕНИЕ НА КОЖУ ИЗМЕНЕННОГО УЧАСТКА КИШКИ ПЕТЛЕЙ; Д) РЕЗЕКЦИЮ НЕКРОТИЗИРОВАННОГО УЧАСТКА КИШКИ, КИШЕЧНЫЙ АНАСТОМОЗ

- 1) А \*
- 2) Б
- 3) В
- 4) Г
- 5) Д

35. ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА У РЕБЕНКА 10 ЛЕТ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) ушивание язвы \*
- 2) иссечение язвы и ушивание дефекта
- 3) Бильрот-I
- 4) Бильрот-II
- 5) Гофмейстер – Финстерер

36. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ РВОТА С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ, ДЕГТЕОБРАЗНЫЙ СТУЛ. В АНАМНЕЗЕ ГОЛОДНЫЕ И НОЧНЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ. ЖИВОТ МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) гастродуоденит
- 2) кровотечение из расширенных вен пищевода
- 3) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки \*
- 4) меккелев дивертикул
- 5) неспецифический язвенный колит

37. У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ КЛИНИКА ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ. НАЧАТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО С:

- 1) контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки
- 2) гастродуоденоскопии \*
- 3) лапароскопии
- 4) лапаротомии и ревизии брюшной стенки
- 5) колоноскопии

38. У РЕБЕНКА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА СЛУЧАЙНО ОБНАРУЖЕН НЕИЗМЕНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

- 1) удаление меккелева дивертикула
- 2) оставление дивертикула
- 3) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца \*
- 4) на усмотрение хирурга
- 5) установка страхового дренажа для наблюдения

39. ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА СЛУЧАЙНО ОБНАРУЖЕН НЕИЗМЕНЕННЫЙ ДИВЕРТИКУЛ МЕККЕЛЯ. РАЦИОНАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ХИРУРГА ВКЛЮЧАЕТ:

- 1) удаление дивертикула
- 2) оставление дивертикула
- 3) введение стомы на уровне дивертикула\*
- 4) плановое удаление дивертикула через 3 месяца
- 5) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки

40. ПРИ ФЛЕГМОНОЗНО-ИЗМЕНЕННОМ МЕККЕЛЕВОМ ДИВЕРТИКУЛЕ, ЕСЛИ ОСНОВАНИЕ ЕГО ИНФИЛЬТРИРОВАНО, ЦЕЛЕСООБРАЗНА:

- 1) клиновидная резекция
  - 2) резекция под углом 45
  - 3) резекция кишки с анастомозом конец в конец \*
  - 4) резекция кишки, анастомоз бок в бок
  - 5) на усмотрение хирурга
41. ПОСТОЯННЫМ СИМПТОМОМ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) гепатомегалия
  - 2) увеличение размеров живота
  - 3) спленомегалия \*
  - 4) кровавая рвота
  - 5) асцит
42. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ С ЦЕЛЬЮ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВХОДЯТ ВСЕ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КРОМЕ:
- 1) постельного режима
  - 2) исключения кормления через рот
  - 3) зондирования желудка \*
  - 4) инфузионной гемостатической терапии
  - 5) парентального питания
43. В ФАЗУ ЭКСТРЕННОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ ГИПОВОЛЕМИЧЕСКОЙ КОМЕ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ:
- 1) кровь
  - 2) кристаллоиды
  - 3) глюкозу
  - 4) жировые эмульсии
  - 5) коллоиды \*
44. ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИДКОСТИ ЗДОРОВОГО НОВОРОЖДЕННОГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ СОСТАВЛЯЕТ:
- 1) 0-5 мл на кг в сутки
  - 2) 10-20 мл на кг в сутки
  - 3) 40-60 мл на кг в сутки \*
  - 4) 5 мл на кг в час
  - 5) 10 мл на кг в час
45. ОБЪЕМ КРОВИ У НОВОРОЖДЕННОГО МАССОЙ 3500 Г СОСТАВЛЯЕТ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО
- 1) 1000 мл
  - 2) 850 мл
  - 3) 750 мл
  - 4) 600 мл
  - 5) 300 мл \*
46. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
- 1) ректальное исследование
  - 2) эндоскопия \*
  - 3) биопсия
  - 4) ангиография
  - 5) ирригография
47. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- 1) осмотр прямой кишки зеркалами
  - 2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа \*
  - 3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода \*

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

49. ПОВЫШЕННАЯ КРОВОТОЧИВОСТЬ У НОВОРОЖДЕННОГО ВЫЗВАНА ЧАЩЕ ВСЕГО:

1) дефицитом витамина К\*

2) ДВС-синдромом

3) врожденными тромбопатиями

4) врожденными коагулопатиями

5) анатомо-физиологическими особенностями

50. СРЕДИ КЛАССИЧЕСКИХ ПРИЧИН ПРОЯВЛЕНИЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У НОВОРОЖДЕННОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

a. кровотечение из пупка

b. кровотечение из желудочно-кишечного тракта \*

c. нарастающая кефалогематома

d. кровоизлияние в надпочечник

e. кровотечение из трахеи

51. СРЕДИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ОТРАЖАЕТ КАЧЕСТВО И ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ:

1) средняя длительность пребывания больного на койке

2) число пролеченных больных

3) летальность \*

4) процент выполнения плана по койко-дням

5) оборот койки

52. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

a. ятрогенные повреждения

b. дефицит лизоцима

c. язвенно-некротический энтероколит \*

d. порок развития стенки кишки

e. заменное переливание крови

53. ДЛЯ ПЕРИТОНИТА НОВОРОЖДЕННЫХ НЕХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

a. эксикоз

b. вздутие живота

c. задержка стула

d. полиурия \*

e. сердечно-сосудистые нарушения

54. ИЗ ВСЕХ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ДЛЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

a. лейкоцитоз

b. рвота застойным отделяемым

c. отек и гиперемия брюшной стенки \*

d. жидкий стул

e. динамическая непроходимость

55. У НЕДОНОШЕННОГО НОВОРОЖДЕННОГО 2 СУТОК ЖИЗНИ, ПЕРЕНЕСШЕГО ТЯЖЕЛУЮ АСФИКСИЮ И РЕАНИМАЦИЮ, ВНЕЗАПНО

СОСТОЯНИЕ СТАЛО КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМ, ПОЯВИЛИСЬ РЕЗКОЕ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА, СИНЮШНАЯ ОКРАСКА НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЫ ТУЛОВИЩА, СРЫГИВАНИЕ:

- a. парез кишечника
- b. тромбоз подвздошных сосудов
- c. нарушение мозгового кровообращения III степени
- d. перфорация желудка и напряженный пневмоперитонеум \*
- e. низкая кишечная непроходимость

56. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ:

- a. с момента рождения
- b. с 1-2-го дня быстро прогрессирует \*
- c. со 2-го дня быстро исчезает
- d. с 3-го дня жизни
- e. со 2-8-й недели

57. ДОСТОВЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЯЗВЕННО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА II СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- a. множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок
- b. повышенное газонаполнение кишечной трубки
- c. локальное утолщение стенки кишечных петель
- d. локальный пневматоз кишечной стенки \*
- e. жидкость в полости малого таза

58. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА ДВУХ НЕДЕЛЬ С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ 940 Г, ДИАГНОСТИРОВАН НЭК II СТАДИИ. ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

- a. Ушивание язв + дренирование брюшной полости
- b. Резекция кишечника + дренирование брюшной полости
- c. Резекция кишечника + энтеростомия
- d. Лапароцентез \*
- e. Программированная лапаротомия

59. У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА С МАССОЙ ТЕЛА ПРИ РОЖДЕНИИ 2300 Г, ДИАГНОСТИРОВАН НЭК II СТАДИИ И ПЕРФОРАТИВНЫЙ ПЕРИТОНИТ. ГРУППОВЫЕ ЯЗВЫ КИШЕЧНИКА В ОДНОМ ОТДЕЛЕ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ, ИНФИЛЬТРАТОВ НЕТ. ОПТИМАЛЬНЫЙ ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА:

- a. Ушивание язв + дренирование брюшной полости
- b. Резекция кишечника + дренирование брюшной полости
- c. Резекция кишечника + энтеростомия \*
- d. Лапароцентез
- e. Программированная лапаротомия

60. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ НОВОРОЖДЕННЫХ С НЭК МОГУТ БЫТЬ

- a. Только клиническими
- b. Только лабораторными
- c. Только рентгенологическими
- d. Только генетическими
- e. Как клиническими, так и лабораторными, так и рентгенологическими \*

61. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) гормональные нарушения
- 2) наследственность
- 3) пороки развития желчного пузыря \*
- 4) нарушение обменных процессов
- 5) сочетание двух факторов из 2, 3, 4

62. РЕБЕНОК 14 ЛЕТ ПОСТУПИЛ С КЛИНИКОЙ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧЕРЕЗ 4 ЧАСА ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ. ДИАГНОЗ ВЕРИФИЦИРОВАН ПРИ УЗИ. СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
- экстренное оперативное вмешательство
  - динамическое наблюдение
  - консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности — операцию
  - консервативное лечение 24-48 часов
  - консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности – операцию \*
63. АУТОИММУННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ КИШЕЧНИКА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ НАХОДИТ СВОЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ В
- изъязвлении и кровотечении \*
  - перфорации
  - малигнизации
  - гранулематозе
  - непроходимости кишечника
64. АУТОИММУННОЕ ПОРАЖЕНИЕ СЛИЗИСТЫХ КИШЕЧНИКА ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА НАХОДИТ СВОЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ РЕАЛИЗАЦИЮ В
- изъязвлении и кровотечении
  - перфорации
  - малигнизации
  - гранулематозе \*
  - непроходимости кишечника
65. ПЕРИАНАЛЬНЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
- НЯК
  - острого аппендицита
  - СКН
  - МКБ
  - Болезни Крона \*
66. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ НЯК ЯВЛЯЕТСЯ
- аппендэктомия
  - колопроктэктомия \*
  - колостомия
  - лапаростомия
  - адгезиолизис
67. ПРИ КЛИНИКЕ «ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА» У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ПРИ ОТСУТСТВИИ УЗИ И ЛАПАРОСКОПИИ СЛЕДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ
- выжидательной тактики
  - активной оперативной тактики \*
  - консервативной терапии
  - ИВЛ в режиме гиповентиляции
  - программной лапаротомии
68. АППЕНДИЦИТ С ПОДПЕЧЕНОЧНЫМ РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА ИМЕЕТ КЛИНИКУ
- острого панкреатита
  - холедохолитиаза
  - почечной колики
  - перекрута яичка
  - острого холецистита \*
69. ДИАГНОЗ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ВЕРИФИЦИРУЕТСЯ ПО ДАННЫМ
- УЗИ \*

- b. ЭРХПГ
- c. лапароскопии
- d. ирригографии
- e. биохимии крови

**Неотложная детская урология.** (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)

1. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- 1) ретроградную пиелографию
- 2) экскреторную урографию
- 3) цистоскопию \*
- 4) цистоуретрографию
- 5) радиоизотопные методы

2. ПРИ АНУРИИ У ДЕТЕЙ ПРОТИВОПОКАЗАНА:

- 1) обзорная рентгенография органов мочевой системы
- 2) экскреторная урография \*
- 3) цистоуретрография
- 4) ретроградная пиелография
- 5) цистоскопия

56. НЕ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ:

- 1) ренальная форма анурии
- 2) экстраренальная форма анурии
- 3) субренальная форма анурии
- 4) физиологическая анурия новорожденных \*
- 5) аренальная форма анурии

3. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ УРЕТРЫ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ОСТРОЙ ЗАДЕРЖКЕ МОЧИ, ВЫЗВАННОЙ:

- 1) фимозом
- 2) опухолью мочевого пузыря
- 3) камнем уретры
- 4) разрывом уретры \*
- 5) камнем мочевого пузыря

4. В СИНДРОМ ОТЕЧНОЙ МОШОНКИ ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ:

- 1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки \*
- 2) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
- 3) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
- 4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка и размерах
- 5) накопление жидкости в полости мошонки, увеличение яичка, болезненность яичка

5. НАЛИЧИЕ СИНЕХИЙ (СРАЩЕНИЙ МЕЖДУ ГОЛОВКОЙ И КРАЙНЕЙ ПЛОТЬЮ) СЧИТАЮТ:

- 1) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение
- 2) вариантом нормы, лечение не показано до наступления препубертатного возраста \*
- 3) условно патологическим состоянием, показано разделение синехий
- 4) редким пороком крайней плоти
- 5) патологическим состоянием, требует лечения после I года

6. ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ СЛЕДУЮЩЕМ НЕОТЛОЖНОМ СОСТОЯНИИ:

- 1) острый пиелонефрит
- 2) травма почки
- 3) почечная колика
- 4) анурия \*
- 5) макрогематурия

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ КАМНЯ УРЕТРЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- 1) болезненное мочеиспускание

2) острая задержка мочи \*

3)

гематурия

4) пиурия

5) протеинурия

8. ПОКАЗАНИЕМ К ВРЕМЕННОМУ ОТВЕДЕНИЮ МОЧИ (ПУНКЦИОННОЙ НЕФРОСТОМОЙ) ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ СЛУЖИТ:

1) сочетание гидронефроза с мегауретером

2) нарушение проходимости в прилоханочном отделе мочеточника

3) ХПН, пионефроз, спорные показания к нефрэктомии \*

4) сочетание гидронефроза с МКБ

5) сочетание гидронефроза с удвоением ВМП

9. НАЛИЧИЕ СКОПЛЕНИЯ СМЕГМЫ В ПРЕПУЦИАЛЬНОМ МЕШКЕ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ:

1) срочного удаления и полного разделения синехий

2) удаления путем обведения головки

3) удаления при скоплении смегмы в больших количествах

4) удаления путем мануального перемещения смегмы наружу

5) не требует вмешательства \*

10. ПОКАЗАНИЕМ К ОТВЕДЕНИЮ МОЧИ С ПОМОЩЬЮ УРЕТЕРОКУТАНЕОСТОМИИ СЛУЖИТ: А) МЕГАУРЕТЕР В СОЧЕТАНИИ С НЕЙРОГЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ; Б) ХПН, ДВУСТОРОННИЙ МЕГАУРЕТЕР С ОТСУТСТВИЕМ СОКРАТИМОСТИ МОЧЕТОЧНИКОВ, НЕКУПИРУЮЩИЙСЯ ПИЕЛОНЕФРИТ; В) РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ПИЕЛОНЕФРИТА, МЕГАУРЕТЕР И ГРУДНОЙ ВОЗРАСТ РЕБЕНКА; Г) КЛАПАН ЗАДНЕЙ УРЕТРЫ, ДВУСТОРОННИЙ МЕГАУРЕТЕР, ТУБУЛЯРНЫЙ АЦИДОЗ; Д) МИЕЛОДИСПЛАЗИЯ, АРЕФЛЕКТОРНЫЙ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ И МЕГАУРЕТЕР.

1) А

2) Б \*

3) В

4) Г

5) Д

11. НАИБОЛЬШАЯ УГРОЗА ПОЛНОЙ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ВОЗНИКАЕТ:

1) при камне верхней чашечки

2) при коралловидном камне лоханки

3) при камне мочеточника \*

4) при камне мочевого пузыря

5) при камне нижней чашечки

12. С КАКИМ СОСТОЯНИЕМ НЕ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ПЕРЕКРУТ ГИДАТИДЫ ЯИЧКА:

1)

орхиоэпидидимита

2) перекрут яичка

3) аллергический

отек

мошонки

4) ущемленная паховая грыжа \*

5) рожистое воспаление мошонки

13. ДЛЯ ПЕРЕКРУТА ЯИЧКА В МОШОНКЕ ХАРАКТЕРНЫ: А) ПОСТЕПЕННОЕ НАЧАЛО, СЛАБЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ГИПРЕМИЯ; Б) ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ЗАТЕМ СВЕТЛЫЙ ПРОМЕЖУТОК, ГИПЕРЕМИЯ, ОТЕК, ФЛЮКТУАЦИЯ; В) ВНЕЗАПНОЕ НАЧАЛО, ВЫРАЖЕННЫЙ ОТЕК, ГИПЕРЕМИЯ МОШОНКИ, БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ПОДТЯНУТОЕ ЯИЧКО, УТОЛЩЕННЫЙ СЕМЕННОЙ КАНАТИК; Г) УМЕРЕННАЯ ГИПЕРЕМИЯ И ОТЕК МОШОНКИ БЕЗ БОЛЕВОГО СИНДРОМА, КРЕПИТАЦИЯ; Д) СИМПТОМАТИКА ЗАВИСИТ ОТ ВОЗРАСТА.

1) А



- 2) Б
- 3) В \*
- 4) Г
- 5) Д

14. У 5 ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА С ОПН ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ ДВУСТОРОННИХ НЕФРОСТОМ СОСТОЯНИЕ УТЯЖЕЛЯЕТСЯ, ЕМУ ПОКАЗАНО

- 1) перитонеальный диализ \*
- 2) плазмоферез
- 3) гемодиализ
- 4) гипербарическая оксигенация
- 5) нефрэктомия

#### **Гнойная инфекция в детской хирургии.**

1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) недостатком IgA
- 2) недостатком IgM
- 3) недостатком IgG\*
- 4) незавершенным фагоцитозом
- 5) низкой кислотностью желудочного сока

2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО

- 1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
- 2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
- 3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
- 4) воспаление нескольких потовых желез
- 5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер \*

4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

- 1) консервативной терапии\*
- 2) хирургического вмешательства
- 3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)
- 4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией
- 5) данная форма не требует стационарного лечения

5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) врожденный порок развития урахуса
- 2) врожденный порок развития желточного протока
- 3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану\*
- 4) гематогенное поражение пупочного остатка
- 5) лимфогенное поражение пупочного остатка

6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) не требуется
- 2) вскрытие по центру флюктуации
- 3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей\*
- 4) разрезы и дренирование выпускниками
- 5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ

- 1) таблетированные
- 2) мазевые
- 3) парентеральные
- 4) свечи
- 5) гелевые \*

8. ТЕНДЕНЦИЯ К ГЕНЕРАЛИЗАЦИИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) особенностями вскармливания
- 2) склонностью к гипертермии
- 3) травмой ЦНС в анамнезе
- 4) относительной незрелостью органов и тканей \*
- 5) токсикозом I половины беременности

9. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) стафилококк \*
- 2) стрептококк
- 3) кишечная палочка
- 4) протей
- 5) синегнойная палочка

10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам
- 2) быстрая адаптация к лекарственным препаратам \*
- 3) малая распространенность в окружающей среде
- 4) стертость клинических проявлений
- 5) редко развивается антибиотикорезистентность

11. ЭКССУДАЦИЯ, КАК ОДНА ИЗ ФАЗ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА, ПРОТЕКАЕТ В СРОКИ

- 1) двое суток
- 2) 1 сутки \*
- 3) трое суток
- 4) четверо суток
- 5) неделю

12. ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ, КАК ОДНА ИЗ ФАЗ ТЕЧЕНИЯ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА, ПРОТЕКАЕТ В СРОКИ:

- 1) сутки
- 2) вторые-четвертые сутки \*
- 3) пятые-шестые сутки
- 4) седьмые-десятые сутки
- 5) невозможно определить

13. ОЧИЩЕНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ

- 1) на вторые-третьи сутки
- 2) на четвертые-шестые сутки \*
- 3) на седьмые-десятые сутки
- 4) к концу второй недели
- 5) спустя две недели

14. РЕПАРАЦИЯ ГНОЙНОЙ РАНЫ ОБЫЧНО НАСТУПАЕТ

- 1) на вторые-третьи сутки
- 2) на четвертые-шестые сутки
- 3) на седьмые-десятые сутки \*
- 4) к концу второй недели
- 5) спустя две недели

15. В ТЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ:

- 1) вирулентность микрофлоры
- 2) сенсбилизация организма
- 3) иммунологическая реактивность организма
- 4) антибиотикорезистентность возбудителя
- 5) в анамнезе натальная травма ЦНС \*

16. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ГНОЙНОЙ РАНЫ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- 1) ускорение заживления раны
  - 2) снижение интоксикации
  - 3) купирование раневой инфекции
  - 4) предупреждение генерализации процесса
  - 5) антибактериальное воздействие \*
17. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГИГРОСКОПИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ МАРЛЕВОГО ТАМПОНА В ГНОЙНОЙ РАНЕ СОСТАВЛЯЕТ
- 1) 2-3 часа \*
  - 2) 4-6 часов
  - 3) 7-9 часов
  - 3) 7-10 часов
  - 4) 10-12 часов
  - 5) индивидуально
18. ГЛАВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ РЕЗИНОВОГО ВЫПУСКНИКА В ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) активная аспирация
  - 2) пассивный отток \*
  - 3) капиллярные свойства
  - 4) гигроскопические свойства
  - 5) сочетание свойств
19. ДРЕНИРОВАНИЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ ПОКАЗАНО В ФАЗЕ
- 1) индивидуально
  - 2) реорганизации
  - 3) регенерации
  - 4) абсцедирования \*
  - 5) во всех перечисленных фазах
20. ОСНОВНЫМ ДЕЙСТВУЮЩИМ ФАКТОРОМ ПРИ АКТИВНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ГНОЙНОЙ РАНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) механическое очищение очага \*
  - 2) антибактериальное воздействие
  - 3) предупреждение распространения местного процесса
  - 4) предупреждение генерализации воспалительного процесса
  - 5) противовоспалительный фактор
21. РАННИЕ ВТОРИЧНЫЕ ШВЫ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАКЛАДЫВАЮТ
- 1) на 3-4-й день
  - 2) на 5-6-й день
  - 3) на 7-10-й день \*
  - 4) на 10-12-й день
  - 5) на 12-14-й день
22. ПОЗДНИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НАКЛАДЫВАЮТ
- 1) на 3-4-й день
  - 2) на 5-6-й день
  - 3) на 2-й неделе
  - 4) на 3-4-й неделе \*
  - 5) в зависимости от состояния раны
23. ПРИМЕНЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ ШВОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ НЕ ОБЕСПЕЧИТ
- 1) сокращение сроков заживления
  - 2) снижение опасности госпитального инфицирования
  - 3) уменьшение потерь с раневым отделяемым
  - 4) улучшение косметических результатов
  - 5) ускорение сроков смены фаз воспаления \*
24. НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ ШВОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) улучшение самочувствия больного

2) отсутствие температуры

3) нормализация лабораторных показателей

4) купирование перифокального воспаления

5) начало репаративной фазы \*

25. У РЕБЕНКА 13 ЛЕТ В ОБЛАСТИ ШЕИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ДИАМЕТРОМ 1 СМ, С УЧАСТКОМ ГНОЙНОГО НЕКРОЗА НА ВЕРХУШКЕ. СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ. ЭТА КАРТИНА ХАРАКТЕРНА

1) для фурункула \*

2) для карбункула

3) для флегмоны

4) для фурункулеза

5) для псевдофурункулеза

26. У РЕБЕНКА АБСЦЕДИРУЮЩИЙ ФУРУНКУЛ В ОБЛАСТИ НИЖНЕЙ ГУБЫ. ЕМУ НЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНИМАТЬ

1) госпитализацию

2) антибиотикотерапию

3) физиотерапию

4) мазовые повязки

5) радикальное оперативное лечение \*

27. УВЕЛИЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ХИРУРГИЧЕСКИМ СЕПСИСОМ НЕ СВЯЗАНО С

1) изменением сопротивляемости микроорганизма

2) развитием антибиотикорезистентности микрофлоры

3) расширением инвазивных методов диагностики и лечения

4) распространенностью внутригоспитальной инфекции

5) внедрением в практику новых антибактериальных препаратов \*

28. ПОНЯТИЕ «ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЕПСИС» У ДЕТЕЙ НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ

1) общее тяжелое инфекционное состояние

2) наличие местного очага инфекции

3) измененную реактивность организма

4) необходимость местного хирургического лечения и общей интенсивной терапии

5) показания к назначению гормональной терапии \*

29. ПАТОГЕНЕЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО СЕПСИСА НЕ ОПРЕДЕЛЯЕТ

1) возбудитель инфекции (вид, доза, вирулентность)

2) состояние первичного очага инфекции (локализация, характер местных изменений)

3) неспецифическая реактивность организма

4) специфическая реактивность организма

5) ранее проведенное антибактериальное лечение \*

30. РАЗМНОЖЕНИЕ ВОЗБУДИТЕЛЯ ПРИ СЕПСИСЕ ПРОИСХОДИТ, КАК ПРАВИЛО

1) в первичном очаге

2) во вторичном очаге

3) в крови \*

4) в зависимости от индивидуальных особенностей

5) возможны все варианты

31. О РАЗВИТИИ ШОКА У СЕПТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

1) постепенное ухудшение состояния больного

2) резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции \*

3) наличие метаболических нарушений

4) длительная гипертермия

5) наличие метастатических очагов инфекции

32. ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КОСТНОГО ПАНАРИЦИЯ У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

1) проводниковая анестезия

2) инфильтрационная анестезия

3) масочный наркоз \*

4) интубационный наркоз

5) местно хлорэтил

33. ПОЯВЛЕНИЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПРИ КОСТНОМ ПАНАРИЦИИ У РЕБЕНКА 12 ЛЕТ СЛЕДУЕТ ОЖИДАТЬ

1) на 1-2-й день болезни

2) на 4-6-й день болезни

3) на 7-9-й день болезни \*

4) на 10-12-й день болезни

5) на 13-15-й день болезни

34. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

1) 1-2 минут \*

2) 10-15 минут

3) 20-25 минут

4) 30-40 минут

5) 60 минут

35. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

1) измерение внутрикостного давления

2) дополнительную остеоперфорацию \*

3) ушивание раны

4) промывание костномозгового канала

5) дренирование раны

36. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

1) дополнительную остеоперфорацию

2) измерение внутрикостного давления \*

3) ушивание раны

4) промывание костномозгового канала

5) дренирование раны

37. РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

1) к обрывному

2) к затяжному

3) к молниеносному \*

4) к хроническому

5) к септикопиемическому

38. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному \*

2) к затяжному

3) к молниеносному

4) к хроническому

5) к септикопиемическому

39. У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ

ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому \*

5) к септикопиемическому

40. РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

- 1) к обрывному
- 2) к затяжному \*
- 3) к молниеносному
- 4) к хроническому

5) к септикопиемическому

41. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) до 1 месяца
- 2) до 2-3 месяцев \*
- 3) до 4-8 месяцев
- 4) до 8-10 месяцев
- 5) до 1 года

42. РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 1) срочная остеоперфорация
- 2) остеоперфорация после предоперационной подготовки \*
- 3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
- 4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
- 5) внутрикостное введение антибиотиков

43. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) диагностическая пункция мягких тканей
- 2) остеофлебография
- 3) электрорентгенография
- 4) измерение внутрикостного давления
- 5) бактериоскопия мазка \*

44. У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

- 1) срочная операция
- 2) плановая операция \*
- 3) диагностическая пункция
- 4) наблюдение
- 5) антибиотикотерапия

45. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ КЛИНИКА ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА. ВТОРОЙ ДЕНЬ БОЛЕЗНИ. ПРИ ПУНКЦИИ ТКАНЕЙ ГНОЯ НЕ ПОЛУЧЕНО. ОПЕРАЦИЯ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) разрез мягких тканей
- 2) кожный разрез, остеоперфорацию
- 3) разрез мягких тканей, остеоперфорацию \*

- 4) антибиотики внутривенно
- 5) антибиотики внутримышечно
46. ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ (МЕТАДИАФИЗАРНОМ ПОРАЖЕНИИ) СТРОГАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА В СРОКИ
  - 1) 1 неделя
  - 2) 1-1,5 недели \*
  - 3) 1 месяц
  - 4) до 2 месяцев
  - 5) не показана
47. БОЛЬНОМУ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ СФОРМИРОВАННОЙ СЕКВЕСТРАЛЬНОЙ КОРОБКИ ПОКАЗАНО
  - 1) оперативное вмешательство по Ворончихину
  - 2) секвестрэктомия \*
  - 3) наблюдение
  - 4) курс физиотерапии
  - 5) внутрикостное введение антибиотиков
48. БОЛЬНОМУ С ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ В ПОДОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ДИФFUЗНОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ БЕЗ ОБРАЗОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ ПОКАЗАНО
  - 1) множественные чрескожные остеоперфорации \*
  - 2) секвестрэктомия
  - 3) наблюдение
  - 4) курс физиотерапии
  - 5) внутрикостное введение антибиотиков
49. ПРИ ИЗМЕРЕНИИ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЗА НОРМУ ПРИНИМАЕТСЯ УРОВЕНЬ
  - 1) ниже 90 мм водн. ст.
  - 2) 96-122 мм водн. ст. \*
  - 3) 122-140 мм водн. ст.
  - 4) 140-160 мм водн. ст.
  - 5) 160-180 мм водн. ст.
50. ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ БОЛЬНОМУ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОКАЗАНО
  - 1) при наличии боли в конечности и высокой температуре
  - 2) при указании в анамнезе па травму и отсутствии повреждений
  - 3) при картине ревматизма, когда отмечено поражение одного сустава
  - 4) при синдроме заболевания мягких тканей
  - 5) во всех указанных случаях \*
51. ДЕКОМПРЕССИВНАЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ
  - 1) уточнить диагноз в неясных случаях
  - 2) получить отделяемое из костномозгового канала для цитологического исследования
  - 3) снизить внутрикостное давление
  - 4) снять боль
  - 5) полностью санировать очаг воспаления \*
52. СРОКИ ДРЕНИРОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ
  - 1) характером и количеством патологического отделяемого \*
  - 2) улучшением самочувствия
  - 3) динамикой лабораторных показателей
  - 4) динамикой рентгенологических данных
  - 5) купированием болевого синдрома

53. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ
- 1)необходимый покой
  - 2)уменьшение болей и ограничение воспалительной реакции
  - 3)предупреждение развития контрактур
  - 4)предупреждение развития вывихов и деформаций
  - 5)ускорение восстановления костной ткани \*
54. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЮТСЯ:
- 1)остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала \*
  - 2)симптом периостальной реакции
  - 3)уплотнение структуры параоссальных тканей
  - 4)размытость и нечеткость кортикального слоя кости
  - 5)явления пятнистого остеопороза
55. В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
- 1)травма
  - 2)высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя \*
  - 3)длительное течение ОРВИ
  - 4)неполноценное питание
  - 5)сенсibilизация организма
56. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
- 1)золотистый стафилококк \*
  - 2)стрептококк
  - 3)протей
  - 4)синегнойная палочка
  - 5)кишечная палочка
57. ОШИБКОЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭНИФИЗАРНЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ СЧИТАЮТ
- 1)пункцию сустава
  - 2)сквозное дренирование сустава
  - 3)дренирование параартикулярного пространства
  - 4)артротомию \*
  - 5)повторные пункции сустава
58. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЭПИФИЗАРНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПОКАЗАНО
- 1)назначение антибактериальной терапии, наблюдение
  - 2)диагностическая пункция сустава \*
  - 3)дренирование сустава
  - 4)остеоперфорация
  - 5)остеопункция и измерение внутрикостного давления
59. ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ КОНТРОЛЬНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СРОКИ
- 1)1 неделя
  - 2)1,5 недели
  - 3)2 недели \*
  - 4)2,5 недели
  - 5)3 недели
60. ПОЛНАЯ НАГРУЗКА ПА КОНЕЧНОСТЬ ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ПРОЦЕССА ДОПУСКАЕТСЯ, В СРЕДНЕМ, ЧЕРЕЗ
- 1)2 месяца
  - 2)3 месяца



- 3) 4 месяца
- 4) 5 месяцев
- 5) 6 месяцев \*

61. ДРЕНИРОВАНИЕ И ПРОМЫВАНИЕ КОСТНОМОЗГОВОГО КАНАЛА ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНО

- 1) при значительных сроках заболевания и тотальном поражении кости
- 2) всегда для введения антибиотиков \*
- 3) не показано
- 4) при получении крови под большим давлением
- 5) при антибиотикорезистентности возбудителя заболевания

62. ОБ ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ИСХОДЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА МОЖНО СУДИТЬ ПО ИСТЕЧЕНИИ

- 1) 6 месяцев
- 2) 6-8 месяцев
- 3) 1 года
- 4) 1,5-2 лет \*
- 5) 3 лет

63. СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО ТЯЖЕЛОЕ, ОДЫШКА, ВЫСОКАЯ ЛИХОРАДКА. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПОЛОСТЬ С УРОВНЕМ ЖИДКОСТИ И ПЕРИФОКАЛЬНОЙ РЕАКЦИЕЙ В ПРОЕКЦИИ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. УКАЖИТЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) пиопневмоторакс
- 2) буллезная форма бактериальной деструкции легких
- 3) абсцесс легкого \*
- 4) пиоторакс
- 5) медиастинальная эмфизема

64. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВУАЛЕПОДОБНОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ. ЭТО СВЯЗАНО

- 1) с абсцессом легкого
- 2) с тотальной эмпиемой плевры
- 3) с осумкованным плевритом
- 4) с плащевидным плевритом \*
- 5) с буллезной формой бактериальной деструкции легких

**Антибактериальная терапия в детской хирургии. (ОК- 4, ОПК - 5, ОПК - 11, ПК - 5, ПК - 8, ПК - 10.)**

1. КАКОЙ ГРУППЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

- 1) цефалоспорины I поколения
- 2) цефалоспорины II поколения
- 3) цефалоспорины III поколения \*
- 4) пенициллины
- 5) ингибитор-защищенные пенициллины

3. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДОВ ПРИ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- 1) нормализацией состояния до средней тяжести
- 2) купированием шока \*
- 3) снижением температуры до субфебрильной
- 4) устранением сердечно-легочной недостаточности
- 5) все перечисленное

4. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) септический шок и токсико-аллергическая реакция \*
- 2) септикопиемия
- 3) септицемия

- 4) пресепсис – начальная стадия сепсиса
- 5) высокий риск развития септических осложнений
5. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СЕПСИСА ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционным процессом
  - 2) дыхательные расстройства и сердечно-сосудистая недостаточность
  - 3) анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами
  - 4) тяжелые поражения паренхиматозных органов
  - 5) терминальное состояние \*
6. ПРИ НАПРАВЛЕННОМ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА В СЛУЧАЕ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ ОСНОВНЫМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
  - 1) характер и чувствительность микрофлоры
  - 2) фармакодинамика и фармакокинетика препарата
  - 3) токсичность препарата
  - 4) совместимость с другими лекарственными препаратами
  - 5) давность заболевания \*
7. ПРИ ВЫБОРЕ АНТИБИОТИКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ
  - 1) характер и чувствительность микрофлоры \*
  - 2) локализацию гнойного очага
  - 3) объем гнойного отделяемого
  - 4) характер гнойного отделяемого
  - 5) распространенность воспалительного процесса
8. НА РАЗВИТИЕ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ
  - 1) применение высоких доз антибиотиков
  - 2) длительные курсы антибактериальной терапии
  - 3) расширение больных с высокой степенью риска
  - 4) комбинация антибиотиков с нестероидными противовоспалительными средствами \*
  - 5) применение инвазивных методов диагностики и лечения
9. К БЕТА-ЛАКТАМНЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТСЯ
  - 1) пенициллины, цефалоспорины
  - 2) пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, монобактамы \*
  - 3) только пенициллины, цефалоспорины и карбапенемы
  - 4) только пенициллины и карбапенемы
  - 5) карбапенемы и монобактамы
10. ПРИ УСТОЙЧИВОСТИ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКИ К ГЕНТАМИЦИНУ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ
  - 1) канамицину
  - 2) тобрамицину
  - 3) стрептомицину
  - 4) амикацину \*
  - 5) неомицину
11. ОТМЕТЬТЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ХИРУРГИИ ДЛЯ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ
  - 1) оксациллин
  - 2) цефазолин \*
  - 3) фортум
  - 4) линкомицин
  - 5) пенициллин
12. УКАЖИТЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ ЛИНКОМИЦИНА
  - 1) судороги
  - 2) апластическая анемия
  - 3) ототоксичность
  - 4) нефротоксичность
  - 5) псевдомембранозный колит \*

13. У ПАЦИЕНТА В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЯ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РАНЕВОГО ОТДЕЛЯЕМОГО ВЫСЕЯН МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫЙ ЗОЛОТИСТЫЙ СТАФИЛОКОКК. СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ

- 1) цефазолин
- 2) фортум
- 3) ванкомицин \*
- 4) ампициллин сульбактам
- 5) гентамицин

14. У БОЛЬНОГО, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ПРОДОЛЖЕННОГО ОТГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА, ПРИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ИЗ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ВЫСЕЯНА НЕИДЕНТИФИЦИРОВАННАЯ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНАЯ ФЛОРА. ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- 1) гентамицин
- 2) канамицин
- 3) левомицетин
- 4) амикацин \*
- 5) цефазолин

15. СТАДИЯМИ РАЗВИТИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ (ВСЁ, КРОМЕ)

- 1) синдром системного воспалительного ответа
- 2) тяжелый сепсис
- 3) интоксикационно-воспалительный синдром\*
- 4) септический шок
- 5) полиорганная недостаточность

16. ЛАБОРАТОРНЫМИ МАРКЁРАМИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ (ВСЕ, КРОМЕ)

- 1) определение бактерий в крови методом ПЦР
- 2) повышенный уровень прокальцитонина
- 3) количественное увеличение С-реактивного белка при мониторинге
- 4) протеинурия\*
- 5) нарастание уровня средних молекул в динамике при дренированном очаге

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1)стафилококки \*
- 2)стрептококки
- 3)кишечная палочка
- 4)протей
- 5)синегнойная палочка

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

## Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

- 1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.
- 2) Ответить на вопросы для самоконтроля

### Вопросы для самоконтроля:

- 1) Закрытые повреждения почек. Клиника, диагностика, лечение
  - 2) Повреждения мочеточников. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
  - 3) Повреждения мочевого пузыря. Патогенез, клиника, диагностика, лечение
  - 4) Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры. Клиника, диагностика, лечение. Показания к наложению эпицистостомы и первичного шва уретры
  - 5) Синдром отечной мошонки. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечения различных вариантов повреждения органов мошонки.
- 3). Проверить свои знания с использованием тестового контроля

### Тестовый контроль:

**2. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ**

- 1) гематурию
- 2) обострение пиелонефрита
- 3) стеноз сформированного анастомоза\*
- 4) камнеобразование
- 5) нагноение послеоперационной раны

**3. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ**

- 1) операцию Фоля
- 2) операцию Бонина
- 3) операцию Андерсона –Хайнса\*
- 4) резекцию добавочного сосуда
- 5) уретеролизис

**4. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- 1) 1-2 года
- 2) 3-5 лет
- 3) 6-8 лет
- 4) по установлению диагноза\*
- 5) в пубертатном периоде

**5. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ**

- 1) 2-3-и сутки жизни\*
- 2) 1-3 года
- 3) 4-5 лет
- 4) 6-8 лет
- 5) 9-15 лет

**6. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА**

- 1) для удвоения почки
- 2) для гидронефроза
- 3) для нефроптоза
- 4) для разрыва почки\*
- 5) для туберкулеза

**7. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома
- 2) пиурия, гематурия
- 3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогих местах, олигурия\*

4) перелом костей таза, острая задержка мочи

5) почечная колика

**8. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) экскреторная урография

2) цистоскопия

3) цистография\*

4) катетеризация мочевого пузыря

5) хромоцистоскопия

**9. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

1) гематурия

2) пиурия

3) острая задержка мочи\*

4) дизурия

5) альбуминурия

**10. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН**

1) при цистоскопии

2) при антеградной урографии

3) при микционной цистоуретрографии\*

4) при урофлоуметрии

5) при цистометрии

**11. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ**

1) экстренного оперативного лечения

2) оперативного лечения в плановом порядке

3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию\*

4) наблюдение в динамике

5) гормональное лечение

**Рекомендуемая литература:**

**Основная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Детская хирургия. Учебник для студентов медицинских вузов.	М.П.Разин, С.В. Минаев, И.А. Турабов и др.	2018 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	170	-
2	Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов.	Ю.Ф.Исаков, А.Ю.Разумовский	2014 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	40	Консультант студента
3	Детская урология-андрология: Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин, В.Н.Галкин, Н.К. Сухих	2011 Москва: «ГЭОТАР-Медиа»	100	Консультант студента
4	Основы гнойной хирургии детского возраста. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П. Разин Н.С. Стрелков В.А. Скобелев В.Н. Галкин	2012 Москва: «МЕДПРАКТИКА-М»	60	-

**Дополнительная литература**

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Неотложная хирургия детского возраста	М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А.Скобелев, Н.К. Сухих	2015, Москва: «ГЭОТАР- Медиа»	49	ЭБС Консультант студента
2	Торакоабдоминальные пороки развития у детей	М.П.Разин, В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, Н.К.Сухих	2015, Киров	30	-
3	Общий уход за детьми с хирургическими заболеваниями. Учебное пособие для студентов медицинских ВУЗов (гриф УМО)	М.П.Разин, И.В.Шешунов, С.В.Игнатъев, Н.К. Сухих	2013, Киров	100	ЭБС Кировского ГМУ
4	Особенности травматологии и ортопедии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	М.П. Разин В.Н. Галкин Н.К. Сухих	2013 Киров	-	ЭБС Кировского ГМУ
5	Детская онкология	В.А.Дурнов, Г.В. Голдобенко	1997 М: «Медицина»	3	-
6	Онкологические и опухолеподобные заболевания детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	И.А.Турабов , М.П.Разин	2013Архангельск	25	-
7	Базовые алгоритмы реаниматологии детского возраста. Учебное пособие (гриф УМО)	А.В. Гулин, М.П. Разин, И.А. Турабов	2011Архангельск	40	ЭБС Кировского ГМУ
8	Схема написания учебной истории болезни по хирургии детского возраста и некоторые физиологические константы организма ребенка. Учебное пособие (гриф ЦМС)	В.Н. Галкин, М.П. Разин, Н.И. Саламайкин	2003 Киров	50	ЭБС Кировского ГМУ
9	Сроки оперативного лечения и диспансеризация детей с хирургическими заболеваниями и пороками развития / под ред. проф. И.В. Шешунова (гриф НС по детской хирургии при МЗ РФ)	В.Н.Галкин, В.А.Скобелев, М.П.Разин, Н.К.Сухих, Э.Ф.Сырчин	2007 Киров	61	ЭБС Кировского ГМУ
10	Учебная история болезни по детской хирургии и важнейшие физиологические константы организма ребенка	В.А. Скобелев, М.А. Батуров, М.М. Смоленцев, М.П. Разин	Киров, 2018	80	ЭБС Кировского ГМУ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ**  
образовательное учреждение высшего образования  
«Кировский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра Детской хирургии**

**Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)**

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА**

для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся  
по дисциплине (модулю)

**«Неотложная хирургия детского возраста»**

Специальность 31.05.02 Педиатрия  
Направленность (профиль) ОПОП – Педиатрия

**1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		<i>Знать</i>	<i>Уметь</i>	<i>Владеть</i>		
ОК-4	способность действовать в нестандартных ситуациях, готовностью нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	32. Основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	У2. Принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	В2. Способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности.	Раздел 1.Аспекты детской полостной травмы. Раздел 2.Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3.Особенности гнойной инфекции у детей. Раздел 4.Неотложная детская урология.	11 семестр
ОПК-5	способность и готовностью анализировать	31. Принципы доказательной медицины; дисциплинарную,	У1. Осуществлять поиск решения профессиональных задач с	В1. Способами совершенствования профессиональной	Раздел 1.Аспекты детской полостной травмы.	11 семестр

	ть результаты собственной деятельности и для предотвращения профессиональных ошибок	административную, уголовную ответственность медицинских работников.	использование теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки.	деятельности.	Раздел 2. Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3. Особенности и гнойной инфекции у детей. Раздел 4. Неотложная детская урология.	
ОПК-11	готовностью к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	32. Обязанности врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	У2. Оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В2. Методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	Раздел 1. Аспекты детской полостной травмы. Раздел 2. Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3. Особенности и гнойной инфекции у детей. Раздел 4. Неотложная детская урология.	11 семестр
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния	32. Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональные и морфологические основы болезней и патологических процессов,	У2. Собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного	В2. Методами общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	Раздел 1. Аспекты детской полостной травмы. Раздел 2. Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3. Особенности и гнойной инфекции у детей. Раздел 4. Неотложная детская урология.	11 семестр



	или установлен я факта наличия или отсутствия заболевания	их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологическ их процессов, нарушений функций органов и систем...	инструменталь ного исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.			
ПК-8	способность к определени ю тактики ведения пациентов с различными нозологичес кими формами	31. Современные этиотропные, патогенетические и симптоматические средства лечения больных; профилактические мероприятия и средства.	У1. Разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В1. Методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Раздел 1.Аспекты детской полостной травмы. Раздел 2.Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3.Особенност и гнойной инфекции у детей. Раздел 4.Неотложная детская урология.	11семес тр
		32. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	У2. Оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи; обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.	В2. Алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.		
ПК-10	готовностью к оказанию первичной медико- санитарной помощи	32. Стандарты и протоколы оказания первичной медико-санитарной	У2. Разработать тактику оказания первичной медико-	В2. Способностью оказывать первичную медико-санитарную	Раздел 1.Аспекты детской полостной травмы. Раздел	11семес тр

детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	2.Абдоминальная хирургия у детей. Раздел 3.Особенности гнойной инфекции у детей. Раздел 4.Неотложная детская урология.
--	--	---	--	--

## 2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	не зачтено	зачтено	зачтено	зачтено	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
<i>ОК- 4 (2)</i>						
Знать	Не знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики	Не в полном объеме знает основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, включая вопросы профессиональной этики, допускает существенные ошибки	Знает основные вопросы профессиональной этики, основы организационно-управленческой деятельности в нестандартных ситуациях, допускает ошибки	Знает основы организационно-управленческой деятельности и в нестандартных ситуациях	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
Уметь	Не умеет принимать адекватные решения в нестандартных	Частично освоено умение принимать адекватные решения в	Правильно использует навыки принимать адекватные	Самостоятельно использует умение принимать	Собеседование, тестирование	Собеседование, тестирование

	ситуациях и нести за них ответственность	нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность, допускает ошибки	адекватные решения в нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	, индивидуальные домашние задания, реферат	ие
Владеть	Не владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Не полностью владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Способен использовать способность осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах ответственности	Владеет способностью осуществлять организационно-управленческую работу в коллективе на высоком современном уровне и принимать адекватные решения в нестандартных ситуациях, а также владеть информацией о формах	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
<b>ОПК-5 (1)</b>						
Знать	Фрагментарные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Общие, но не структурированные знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Сформированные систематические знания принципов доказательной медицины; дисциплинарную, административную, уголовную ответственность медицинских работников.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично	В целом	В целом	Сформиров	Собес	Собес

	освоенное умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	успешное, но не систематическое и осуществляемое умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	успешное, но содержащее отдельные пробелы умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	анное умение осуществлять поиск решения профессиональных задач с использованием теоретических знаний и практических умений; предотвращать возможные врачебные ошибки	едован ие, тестирование , индивидуальные домашние задания, реферат	едован ие, тестирование
Владеть	Фрагментарное применение навыков совершенствования профессиональной деятельности.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков совершенствования профессиональной деятельности	Успешное и систематическое применение навыков совершенствования профессиональной деятельности	Собеседование, тестирование , индивидуальные домашние задания, реферат	Собеседование, тестирование
<i>ОПК – 11 (2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений медицинских	Общие, но не структурированные знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания обязанностей врача при выполнении лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной	Сформированные систематические знания обязанностей врача при выполнении и лечебно-диагностических мероприятий; способы и средства проведения асептики и антисептики, санитарной	Собеседование, тестирование , индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование

	организаций.	медицинских организаций.	обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	обработки лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.		
Уметь	Частично освоенное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций.	В целом успешное, но не систематическое и осуществляемое умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	Сформированное умение оказывать лечебно-диагностическую помощь больным в соответствии со строгим соблюдением правил асептики и антисептики, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений медицинских организаций	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода за больными.	В целом успешное, но не систематическое применение на владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в диагностических, лечебных, профилактических целях, техникой ухода	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов в	Успешное и систематическое применение навыков владения методами асептики и антисептики, использования медицинского оборудования и инструментов	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум	Собеседование, тестирование

		за больными	диагностическ их, лечебных, профилактиче ских целях, техникой ухода за больными	ов в диагностич еских, лечебных, профилакти ческих целях, техникой ухода за больными		
<i>ПК – 5 (2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональн ые и морфологическ ие основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...	Общие, но не структурирован ные знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификации болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональн ые и морфологическ ие основы болезней и патологических процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологических процессов, нарушений функций органов и систем...	Сформирован ные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни, нозологии, принципы классификаци и болезней, основные понятия общей нозологии. Функциональн ые и морфологичес кие основы болезней и патологически х процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологически х процессов, нарушений функций органов и систем...	Сформиров анные систематич еские знания этиологии, патогенеза, морфогенез а болезни, нозологии, принципы классифика ции болезней, основные понятия общей нозологии. Функциона льные и морфологи ческие основы болезней и патологиче ских процессов, их причины, основные механизмы развития, проявления и исходы типовых патологиче ских процессов, нарушений функций органов и систем...	Собес едован ие, тести рование , индив идуал ьные домаш ние задани я, рефер ат, колло квиум, прием практи ческих навык ов	Собес едова ние, тести рован ие
Уметь	Частично	В целом	В целом	Сформиров	Собес	Собес

	<p>освоенное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.</p>	<p>успешное, но не систематически осуществляемое умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.</p>	<p>успешное, но содержащее отдельные пробелы умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективное исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.</p>	<p>анное умение собрать жалобы и данные анамнезов болезни и жизни, эпид. анамнеза, провести опрос родителей и ребенка, объективно исследование систем органов ребенка различного возраста, определить показания для лабораторного и инструментального исследования; синтезировать информацию о пациенте с целью определения патологии и причин, ее вызывающих.</p>	<p>едован ие, тестирование , индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков</p>	<p>едован ие, тестирование</p>
<p>Владеть</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией результатов лабораторных,</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования; интерпретацией</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами общеклинического</p>	<p>Успешное и систематическое применение навыков владения методами общеклинического обследования;</p>	<p>Собеседование, тестирование , индивидуальные домашние задания</p>	<p>Собеседование, тестирование</p>

	инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте.	результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики в возрастном аспекте	интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики и в возрастном аспекте	я, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	
<i>ПК-8 (1)</i>						
Знать	Фрагментарные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Общие, но не структурированные знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Сформированные систематические знания современных этиотропных, патогенетических и симптоматических средств лечения больных; профилактических мероприятий и средств.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различными нозологическими формами.	Сформированное умение разрабатывать тактику ведения пациентов с различным и нозологическими формами.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование



Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Успешное и систематическое применение навыков владения методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно).	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
ПК-8 (2)						
Знать	Фрагментарные знания клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний.	Общие, но не структурированные знания	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	Сформированные систематические знания	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
Уметь	Частично освоенное умение оценивать состояние пациента для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи;	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение	Сформированное умение	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания,	Собеседование, тестирование

	обоснованно назначать диагностические, лечебные и профилактические мероприятия.				реферат, коллоквиум, прием практических навыков	
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами назначения адекватной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии в соответствии с поставленным диагнозом; проведения профилактических мероприятий при инфекционной патологии.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения	Успешное и систематическое применение навыков владения	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
<i>ПК – 10 (2)</i>						
Знать	Фрагментарные знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Общие, но не структурированные знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни	Сформированные систематические знания стандартов и протоколов оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование

			пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	сопровождаящихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.		
Уметь	Частично освоенное умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Сформированное умение разрабатывать тактику оказания первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, реферат, коллоквиум, прием практических навыков	Собеседование, тестирование
Владеть	Фрагментарное применение навыков владеть способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных острых заболеваниях,	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владеть способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь детям при внезапных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владеть способностью оказывать первичную медико-санитарную	Успешное и систематическое применение навыков владеть способностью оказывать первичную медико-санитарную помощь	Собеседование, тестирование, индивидуальные домашние задания, рефер	Собеседование, тестирование

	состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	помощь детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	ат, коллоквиум, прием практических навыков	
--	---	--	---	--	--	--

### 3. Типовые контрольные задания и иные материалы

#### 3.1. Примерные вопросы к зачету (собеседованию), критерии оценки:

*компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10*

1. Аденофлегмона подчелюстной области
2. Атрезия ануса и прямой кишки
3. Атрезия желчных путей
4. Ахалазия пищевода
5. Бактериально-деструктивная пневмония
6. Бронхоэктатическая болезнь
7. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря
8. Внезапная остановка сердца
9. Врожденная высокая непроходимость ЖКТ
10. Врожденная диафрагмальная грыжа
11. Врожденная лобарная эмфизема
12. Врожденная высокая кишечная непроходимость
13. Врожденный гидронефроз
14. Врожденный заворот кишечника
15. Врожденный пилоростеноз
16. Врожденный порок развития – синдром Ледда
17. Гематометрокольпос
18. Гипоспадия
19. Дифференциальная диагностика аномалий наружной билиарной системы
20. Дифференциальная диагностика гидронефроза и уретерогидронефроза
21. Дифференциальная диагностика диафрагмальной грыжи
22. Дифференциальная диагностика кисты ухауса
23. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
24. Дифференциальная диагностика перелома бедра с врожденным вывихом
25. Дифференциальный диагноз синдрома внутригрудного напряжения
26. Закрытая черепно-мозговая травма
27. Инвагинация кишечника
28. Копростаз. Дифференциальная диагностика

29. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта неясной
30. Лимфангиома в области шеи
31. Лобарная эмфизема
32. Невправимая паховая грыжа
33. Некротическая флегмона новорожденных
34. Ожоговая болезнь
35. Осложненная бактериально-деструктивная пневмония
36. Острый аппендицит
37. Острый гематогенный остеомиелит
38. Отравление ароматическими углеводородами
39. Перфоративная язва полого органа
40. Пищеводное кровотечение на фоне синдрома портальной гипертензии
41. Подковообразная почка
42. Подпеченочный абсцесс брюшной полости
43. Поликистоз почек, диспансерное наблюдение
44. Послеоперационные осложнения острого аппендицита
45. Послеоперационный инфильтрат
46. Правосторонняя паховая грыжа
47. Родовая травма, перелом бедра
48. Родовая травма, повреждение органов забрюшинного пространства
49. Рубцовый стеноз пищевода
50. Синдром инфравезикальной обструкции, дифференциальный диагноз
51. Синдром пальпируемой опухоли в животе
52. Спаечная кишечная непроходимость
53. Ущемленная паховая грыжа
54. Химический ожог пищевода
55. Черепно-мозговая травма, травматический шок
56. Экстрофия мочевого пузыря
57. Электротравма
58. Эписпадия
59. Эпифизарный остеомиелит
60. Язвенно-некротический энтероколит новорожденных

### **Критерии оценки:**

*Оценка «зачтено»* выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

*Оценка «не зачтено»* выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

### **Вопросы для коллоквиумов, собеседования**

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- 1) Особенности клиники и диагностики аппендикулярного перитонита на современном этапе
- 2) Современные способы оперативной коррекции и консервативной терапии аппендикулярного перитонита у детей
- 3) Возрастные особенности острого гематогенного остеомиелита у детей
- 4) Методы снижения хронизации гематогенного остеомиелита в детской практике
- 5) Деструкции легких у детей на современном этапе
- 6) Антенатальная диагностика врожденных обструктивных уropатий

- 7) Современные способы диагностики и лечения врожденных обструктивных уропатий
- 8) Эндоскопическая коррекция ПМР у детей.
- 9) Эндоскопическая коррекция врожденного гидронефроза у детей.
- 10) Иммуногенетические параметры врожденных обструктивных уропатий у русских детей Кировской области
- 11) Иммунные нарушения при ВОУ, гидронефрозе, обструктивном пиелонефрите у детей.
- 12) Новые способы иммунокоррекции в комплексном лечении детей с ВОУ, гидронефрозом, обструктивным пиелонефритом
- 13) Синдром «встрянутого младенца»: этиология, клиника, особенности диагностики и лечения.
- 14) Синдром «острой мошонки» в детской практике.
- 15) Диагностика и лечение врожденных пороков развития легких у детей.
- 16) Диагностика и лечения пороков развития трахеобронхиального дерева у детей.
- 17) Диагностика и лечение врожденных пороков развития кишечника у детей.
- 18) Болезнь Пайра и мальротации 3 периода у детей.
- 19) Аноректальные аномалии в неонатальной и детской хирургии.
- 20) Диагностика и лечение ЖКТ-кровотечений в детской практике.
- 21) Инновационные методы обследования в детской хирургии.
- 22) Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста.
- 23) Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе.
- 24) Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
- 25) Проблема портальной гипертензии в детской практике
- 26) Атрезия пищевода – своевременная диагностика и современное лечение.
- 27) Лечение врожденной кишечной непроходимости.
- 28) Диагностика аноректальных аномалий у детей.
- 29) Синдромальная патология пороков трахеобронхиального дерева.
- 30) Детская хирургия в призме патологии облитерации влагалищного отростка брюшины.
- 31) Антенатальная диагностика пороков развития мочевой системы.
- 32) Современные методы дифференциальной диагностики различных форм врожденных обструктивных уропатий у детей.
- 33) Диагностика и лечение врожденного гидронефроза на современном этапе.
- 34) «Малая» и амбулаторная хирургия детского возраста.
- 35) Современное лечение местных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.
- 36) Иммунный статус при различных пороках развития у детей и его коррекция.
- 37) Азы диагностики и лечения синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых.

#### **Критерии оценки (коллоквиум):**

**Оценки «отлично»** заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

**Оценки «хорошо»** заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

**Оценки «удовлетворительно»** заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим

погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

**Оценка «неудовлетворительно»** выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организации высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.

#### **Критерии оценки (собеседование):**

**Оценка «зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаруживает всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, усвоил основную и знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой; усвоил взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявил творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала; владеет необходимыми умениями и навыками при выполнении ситуационных заданий, безошибочно ответил на основной и дополнительные вопросы на зачете.

**Оценка «не зачтено»** выставляется обучающемуся если он обнаружил пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустил принципиальные ошибки при ответе на основной и дополнительные вопросы; не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании образовательной организации без дополнительных занятий по дисциплине.

### **3.2. Примерные тестовые задания, критерии оценки**

**1 уровень:** компетенции, проверяемые данным оценочным средством - компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

**1. Симптомами неосложненной паховой грыжи являются: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) безболезненное невправимое в брюшную полость опухолевидное образование
- б) расширение пахового кольца
- в) положительный "кашлевой толчок"
- г) при диафаноскопии - однородное кистозное образование

**2. При дифференциальной диагностике между ущемленной паховой грыжей и остро возникшей кистой семенного канатика показаны: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) диафаноскопия
- б) бимануальная пальпация внутреннего пахового кольца
- в) обзорный снимок брюшной полости
- г) УЗИ
- д) диагностическая пункция

**3. При ущемленной паховой грыже у детей экстренная операция показана: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) во всех случаях
- б) у девочек во всех случаях
- в) у мальчиков в случае если консервативно не вправляется
- г) при давности более 12 часов
- д) если давность не установлена

**УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:**

**4. При сообщающейся водянке оболочек яичка операция показана в возрасте: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) 1 месяца
- б) 6 месяцев
- в) 1 года
- г) 2-3 лет

**УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:**

**5. При пупочной грыже показаны: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) ЛФК, массаж, наблюдение до 4-5 лет

- б) операция в возрасте 1 месяца
- в) операция в возрасте 1 года
- г) операция после 5 лет

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

10. 6. При одностороннем крипторхизме показано: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) гормональное лечение до года
- б) операция в возрасте 1 месяца
- в) операция в возрасте 2 лет
- г) операция в возрасте 5 лет

7. Ведущим симптомом врожденного гидронефроза у новорожденных является: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) симптом пальпируемой опухоли б) пиурия
- в) протеинурия
- г) почечная недостаточность

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

8. Для подтверждения диагноза врожденного гидронефроза ребенку 7 дней показано следующее обследование: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) УЗИ почек и мочевого пузыря
- б) внутривенная урография
- в) цистография
- г) ангиография

9. Больному с жалобами на недержание мочи необходимо выполнить: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

- а) снимок пояснично-крестцового отдела позвоночника
- б) экскреторную урографию
- в) регистрацию ритма спонтанных мочеиспусканий
- г) УЗИ почек
- д) общий анализ мочи

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

10. Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевой пузырь: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

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

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

11. Клиническими признаками перелома кости являются: (ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

- а) нарушение функции
- б) патологическая подвижность
- в) флюктуация
- г) локальная боль
- д) крепитация

12. Для иммобилизации "свежих" переломов конечностей у детей применяют: (ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

- а) гипсовую лонгету с фиксацией двух соседних суставов
- б) гипсовую лонгету с фиксацией одного сустава
- в) циркулярную гипсовую повязку
- г) липкопластырное и скелетное вытяжение
- д) торакобрахиальную гипсовую повязку по Уитмен-Громову

13. При переломе костей свода черепа у детей грудного возраста отмечаются: (ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10)

- а) взбухание большого родничка
- б) экстракраниальная гематома



- в) симптом «очков»
- г) вдавление по типу «целлулоидного мячика»
- д) перелом костей свода черепа по типу трещин

**14. При сотрясении головного мозга у детей показано: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) антибактериальная терапия
- б) постельный режим
- в) стационарное лечение
- г) дегидгатационная, седативная, гемостатическая терапия
- д) гипербарическая оксигенация

**15. Для закрытой травмы селезенки характерны симптомы ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) Френикус-симптом
- б) сильные опоясывающие боли
- в) укорочение перкуторного звука в левой половине живота
- г) выраженные симптомы раздражения брюшины
- д) симптом Щеткина-Блюмберга

**16. Для клинки врожденного вывиха бедра характерны симптомы(ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) соскальзывания
- б) ограничения отведения бедер в) асимметрия кожных складок
- г) абсолютное укорочение конечности
- д) положительный симптом Тренделенбурга

**17. Методы лечения врожденного вывиха бедра у ребенка 1-го месяца жизни включают: ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а)ЛФК
- б) массаж
- в) широкое пеленание
- г) шины-распорки
- д) одномоментное вправление под наркозом

**18. Для болезни Пертеса характерны жалобы:(ПК-5, ПК-8)**

- а) боли в коленном суставе
- б) хромота
- в) боли в тазобедренном суставе
- г) повышение температуры
- д) уменьшение объема движений в тазобедренном суставе

**19. Тремя основными симптомами острого аппендицита являются(ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

- а) локальная боль в правой подвздошной области
- б) локальная боль в области пупка
- в) активная мышечная защита брюшной стенки
- г) пассивная мышечная защита брюшной стенки
- д) положительный симптом Щеткина-Блюмберга

**20. Инвагинация у ребенка грудного возраста проявляется типичными симптомами:(ОПК-11,ПК-5, ПК-8)**

- а) острое внезапное начало
- б) гипертермия
- в) постоянное беспокойство и плач ребенка
- г) частая рвота
- д) выделение слизи и крови из прямой кишки

## **2 уровень: - тестовые задания на соответствие**

*компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10*

- 1 Укажите правильное соответствие метода обезболивания при операции по поводу разлитого гнойного перитонита. (ПК-8)

- А. Инфильтрационная анестезия раствором новокаина.
  - Б. Эндотрахеальный наркоз.\*
  - В. Масочный наркоз.
  - Г. Перидуральная анестезия.
- 2 Укажите правильное соответствие вида странгуляционной кишечной непроходимости у детей:(ОПК -9, ПК-5)
- А. Заворот кишок.\*
  - Б. Копростаз.
  - В. Атония кишечника.
  - Г. Непроходимость кишечника на почве дивертикула Меккеля. \*
- 3 Укажите правильную последовательность назначения методов диагностики гидронефроза у детей:(ПК-8)
- А. Экскреторная урография.
  - Б. Цистография.
  - В. Ультразвуковое исследование.
  - Г. Цистоскопия.
- 4 Укажите правильное соответствие методов лечения при переломе бедренной кости у детей старше 5 лет:(ПК-8)
- А. Одномоментная репозиция, закрытая.
  - Б. Скелетное вытяжение.
  - В. Интрамедуллярный остеосинтез.
  - Г. Остеосинтез по Илизарову.
- 5 Укажите правильное соответствие симптомов кровотечению из дивертикула Меккеля:(ПК-8)
- А. Боль при дефекации.
  - Б. Рвотой «кофейной гущей».
  - В. Выделения крови со слизью из прямой кишки.
  - Г. Коллаптоидным состоянием.
  - Д. Повышением температуры тела.

### **3 уровень – задачи с вариантами ответов:**

*компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10*

Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела 37,3<sup>0</sup>, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

1.

- А) язвенная болезнь ЖКТ;
- Б) портальная гипертензия;\*
- В) синдром Мэллори-Вейса;
- Г) гемолитическая анемия;
- Д) острый гастроэнтерит

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

- А) Рентгенологический;
- Б) Радиоизотопный;
- В) Фиброгастроскопия;\*
- Г) Ангиография;
- Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 7,6x10<sup>9</sup>/л, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% (1,22x10<sup>9</sup>/л), В-лимфоциты – 20% (0,35x10<sup>9</sup>/л), CD<sub>4</sub>-клетки – 38%, CD<sub>8</sub>-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В

какой терапии нуждается больная? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

- А) дезинтоксикационной;
- Б) витаминотерапии;
- В) химиотерапии;
- Г) иммуностропной;\*
- Д) лучевой

3. Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на асимметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

- А) обзорная рентгенография;
- Б) ирригография;
- В) экскреторная урография;\*
- Г) ангиография;
- Д) КТ

4. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты –  $12,8 \times 10^9$ /л, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% ( $0,68 \times 10^9$ /л), В-лимфоциты – 31,2% ( $0,68 \times 10^9$ /л), CD<sub>4</sub>-клетки – 57%, CD<sub>8</sub>-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест – 35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?

- А) иммунозаместительный специфический;
- Б) иммуномодулирующий;\*
- В) иммуностимулирующий;
- Г) иммунодепрессантный;
- Д) иммунозаместительный неспецифический(ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

5. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

- А) бронхография;
- Б) нейросонография;
- В) обзорная рентгенография;
- Г) эзофагография;\*
- Д) УЗИ

6. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура  $37,2^0$ , правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

- А) рентгенография;
- Б) МРТ;\*
- В) ангиография;

- Г) УЗИ;
- Д) сцинтиграфия

7. Больной К, 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз? (ОПК-5,ОПК-11,ПК-5, ПК-8)

- А) нефробластома;
  - Б) врожденный гидронефроз;\*
  - В) уретерогидронефроз;
  - Г) травма органов забрюшинного пространства;
  - Д) мультикистоз почки
- Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?
- А) цистография;
  - Б) УЗИ;\*
  - В) экскреторная урография;
  - Г) обзорная рентгенография;
  - Д) ангиография

#### **Критерии оценки :**

- «отлично»* - 91% и более правильных ответов;
- «хорошо»* - 81%-90% правильных ответов;
- «удовлетворительно»* - 71%-80% правильных ответов;
- «неудовлетворительно»* - 70% и менее правильных ответов.

#### **3.3. Примерные ситуационные задачи, критерии оценки**

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

##### **Задача №1- ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10**

В стационар поступает мальчик в возрасте 2-х лет. Известно, что сутки назад он по неосторожности случайно сделал глоток уксусной эссенции. При поступлении: физическое развитие по возрасту. Состояние больного расценено как тяжелое. Кожные покровы чистые, бледные. Выражено обильное слюнотечение. Отмечается гипертермия до 39,5°С. Ребенок отказывается от еды, пьет очень мало, мочится редко, небольшими порциями концентрированной мочи. При осмотре полости рта: на слизистой – массивные фибриновые наложения.

##### **Контрольные вопросы**

1. *Ваш диагноз?*
2. *Оказание первой медицинской помощи?*
3. *Классификация повреждений?*
4. *Этапы стационарного лечения?*
5. *Методы лечения? Возможные осложнения?*

##### **Задача №2**

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

У новорожденного ребёнка ниже пупка через округлый дефект передней брюшной стенки выбухает ярко красная «сочная» слизистая оболочка мочевого пузыря. В нижних отделах слизистой видны точечные отверстия, через которые по каплям выделяется моча. Ребенок осматривается в первые сутки после рождения.

Кожные покровы и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Дыхание

равномерно проводится во всех отделах, без хрипов, ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 104 в минуту, шумов нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Анальное отверстие сформировано правильно, располагается типично. Стул в норме. Со стороны опорно-двигательного аппарата изменений нет.

#### Контрольные вопросы

1. *Ваш диагноз? Тератогенез порока?*
2. *Методы показанного обследования?*
3. *Возможные осложнения?*
4. *Врачебная тактика?*
5. *Методы, этапы, сроки оперативного лечения?*

#### Задача №3

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

Девочка шести лет жалуется на частые тупые боли в правой половине живота в течение последних 2-х лет. У больной периодически отмечалась пиурия, по поводу которой она неоднократно лечилась в больнице соматического профиля. Амбулаторно выполнено УЗИ, при котором выявлено увеличение размеров и расширение коллекторной системы правой почки. Больная направлена на консультацию к урологу.

При стационарном урологическом обследовании на экскреторных урограммах выявлено значительное расширение чашечек и лоханки правой почки, мочеточник прослеживается лишь на отсроченных снимках, узкий, ход его обычный.

#### Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Методы обследования?*
3. *Этиология, патогенез заболевания?*
4. *Классификация заболевания?*
5. *Лечебная тактика? Диспансерное наблюдение?*

#### Задача №4

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

Мать, купая ребёнка четырех лет, обнаружила у него в проекции брюшной полости опухолевидное образование размером 12 x 8 x 5 см, туго-эластичной консистенции, с четкими границами, гладкими краями, несколько болезненное, практически не смещаемое. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Ранее ребенка ничего не беспокоило. При амбулаторном ультразвуковом исследовании органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено увеличение размеров левой почки, паренхима ее истончена, чашечно-лоханочная система левой почки дилатирована.

#### Контрольные вопросы

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Рекомендуемые дополнительные исследования?*
3. *Лечебно-диагностическая тактика?*
4. *Этиология заболевания? Патогенез заболевания?*
5. *Методы лечения?*

#### Задача №5

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

Мальчик десяти лет жалуется на постоянные боли в поясничной области, усиливающиеся при разгибании туловища. При глубокой пальпации живота по средней линии в области 2-3 поясничных позвонков пальпируется плотное, малоподвижное, безболезненное и несмещаемое образование с четкими границами. Ребенок был госпитализирован и обследован в стационарных условиях. На экскреторных урограммах обращает на себя внимание ротация чашечно-лоханочных

систем обеих почек, угол между продольными осями почек открыт кверху.

#### Контрольные вопросы

1. О каком заболевании можно думать?
2. Нарушения эмбриогенеза, приводящие к пороку?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Методы обследования? Диагностическая тактика?
5. Показанное лечение?

#### Критерии оценки

**«зачтено»** - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

**«не зачтено»** - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

### 3.4. Примерный перечень практических навыков, критерии оценки

#### Перечень практических умений

компетенции, проверяемые данным оценочным средством - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

#### 1) Сбор хирургического анамнеза

#### 2) Проведение обследования

- ⇒ при остром аппендиците
- ⇒ при синдроме острого живота
- ⇒ при острой кишечной непроходимости
- ⇒ при врожденной кишечной непроходимости
- ⇒ при ЖКТ-кровотечениях
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях мягких тканей
- ⇒ при гнойно-воспалительных заболеваниях костей и суставов
- ⇒ при деструктивной пневмонии, плевропневмонии
- ⇒ при ожогах пищевода

#### 3) Интерпретировать результаты исследования (лабораторного, ультразвукового, эндоскопического, рентгенологического):

- показателей периферической крови
- анализов мочи
- кислотно-основного состояния и газов крови
- биохимических показателей крови
- показателей иммунного статуса
- данные УЗИ
- эндоскопии при пороках, заболеваниях и ожогах пищевода
- результаты рентгенологического исследования
  - ⇒ при кишечной непроходимости
  - ⇒ при перитоните
  - ⇒ при некротическом энтероколите
  - ⇒ при остеомиелите
  - ⇒ при пневмотораксе, пиопневмотораксе
  - ⇒ при врожденной лобарной эмфиземе, кистах легкого

#### 4) Провести диагностические и лечебные манипуляции

- ⇒ ректальное обследование

- ⇒ клизма очистительная и сифонная
- ⇒ наложить бактерицидную повязку
- ⇒ плевральная пункция
- ⇒ наложение транспортной шины
- ⇒ наложить вытяжение по Шеде
- ⇒ определить правильность наложения гипсовой лонгеты
- ⇒ непрямой массаж сердца
- ⇒ искусственная вентиляция легких (“рот в рот”, “рот в нос”, мешок Амбу)
- ⇒ рассчитать инфузионную терапию
- ⇒ возрастные дозировки лекарственных препаратов
- ⇒ зондирование, промывание желудка
- ⇒ катетеризация мочевого пузыря

#### 5) Организовать транспортировку

- ⇒ новорожденных с хирургической патологией
- ⇒ детей с переломами и вывихами конечностей
- ⇒ детей в критическом состоянии

#### 6) Провести долечивание и реабилитацию детей после хирургических заболеваний.

#### **Критерии оценки:**

«*зачтено*» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«*не зачтено*» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

#### **3.5. Примерные задания для написания (и защиты) рефератов, критерии оценки**

*Компетенции, проверяемые данным оценочным средством* - ОК - 4, ОПК-5, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-10

Темы рефератов:

1. Проблема гематогенного остеомиелита в хирургии детского возраста.
2. Лечение гнойных хирургических заболеваний у новорожденных на современном этапе.
3. Аппендикулярный перитонит у детей: история триумфа
4. Приобретенная кишечная непроходимость в детской практике.
5. Сравнительная характеристика различных схем противовоспалительной терапии в детском возрасте.
6. ЖКТ-кровотечения у детей – сражение со временем.
7. Проблема портальной гипертензии в детской практике
8. Дивертикул Меккеля как мина замедленного действия
9. Гнойная почка – мифы и реальность
10. Современное лечение местных гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у детей.
11. Полостная травма у детей: успехи и перспективы.
12. Лапароскопия в диагностике и лечении у детей.
13. Эндоскопическая коррекция в неотложной хирургии – возможности, преимущества и недостатки.
14. Азы диагностики и лечения синдрома «острой мошонки» у детей и взрослых.

#### **Критерии оценки:**

- оценка «отлично» выставляется студенту, если в работе полностью раскрыта тема, наглядно продемонстрированы ответы на ключевые вопросы.
- оценка «хорошо» выставляется студенту, если в работе раскрыта тема, но недостаточно наглядно продемонстрированы ответы на ключевые вопросы или не на все.
- оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если в работе в целом раскрыта тема, но продемонстрированы ответы не на все ключевые вопросы.

- оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если в работе не раскрыта тема, не звучат ответы на ключевые вопросы.

#### **4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций**

##### **4.1. Методика проведения тестирования**

**Целью** этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

##### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

##### **Субъекты, на которых направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

##### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

##### **Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

##### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

##### **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

##### **Тесты включают в себя задания 3-х уровней:**

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

##### **Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы**

	Вид промежуточной аттестации
	зачет
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	18
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	<b>36</b>
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	8
Кол-во баллов за правильный ответ	4
Всего баллов	<b>32</b>
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	4
Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	<b>32</b>



Всего тестовых заданий	<b>30</b>
Итого баллов	<b>100</b>
Мин. количество баллов для аттестации	70

#### **Описание проведения процедуры:**

Тестирование является обязательным этапом зачёта независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

#### Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

#### **Тестирование на компьютерах:**

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 30 тестовых заданий разного уровня сложности на зачете. Время, отводимое на тестирование, составляет не более одного академического часа на зачете.

#### **Результаты процедуры:**

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

## **4.2. Методика проведения приема практических навыков**

**Цель этапа** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

#### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

#### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования.

**Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:** Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

#### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

#### **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

### **Описание проведения процедуры:**

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля). Обучающийся должен продемонстрировать умение собрать анамнез, провести осмотр пациента, выполнить пальпацию, перкуссию, аускультацию и т.д.

### **Результаты процедуры:**

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освоения практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачётные ведомости в соответствующую графу.

## **4.3 Методика проведения устного собеседования**

**Целью процедуры** промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

### **Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:**

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

### **Субъекты, на которые направлена процедура:**

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

### **Период проведения процедуры:**

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с расписанием учебных занятий (если промежуточная аттестация проводится в форме зачета)). Деканатом факультета может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

### **Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:**

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

### **Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:**

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

### **Требования к банку оценочных средств:**

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включает вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

### **Описание проведения процедуры:**

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки

ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Оценивается при промежуточной аттестации в форме зачёта – оценками «зачтено», «не зачтено».

#### **Результаты процедуры:**

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и зачётные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.

#### **4.4. Методика проведения защиты рефератов**

Реферат пишется на основе литературных данных по определенной проблеме (см. список тем рефератов) с учетом результатов диагностики и лечения данной патологии в клинике детской хирургии Кировского ГМУ. Проводится сравнительная оценка региональных значений и средних по РФ (или мировых), сопоставление результатов лечения, делаются выводы по оптимизации диагностическо-лечебных мероприятий для улучшения результатов лечения больных данной группы.

#### **4.5. Методика проведения коллоквиума**

Целью коллоквиума является формирование у студента навыков анализа теоретических проблем на основе самостоятельного изучения учебной и научной литературы. Преподаватель разъясняет тематику проблемы, рекомендует литературу и объясняет процедуру коллоквиума. На подготовку студенту дается неделя. Коллоквиум проводится в форме индивидуальной беседы преподавателя с каждым студентом или беседы в небольших группах (3-5 человек). Преподаватель задает несколько вопросов для определения степени подготовки студентов. Далее более подробно обсуждается какая-либо сторона проблемы, что позволяет оценить уровень понимания проблемы.