

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
« 07 » августа 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО
Проректор по послевузовскому,
дополнительному профессиональному
образованию и региональному развитию
здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.16 «Детская хирургия»


Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,

Д.м.н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Подкаменев А.В.

(расшифровка)

Профессор кафедры, Д.м.н.

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Жила Н.Г.

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры

Хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова

название кафедры

« 26 » 08

2021 г., протокол заседания № 1

Хирургических болезней детского возраста им. Г.А.

Заведующий кафедрой

Баирова

название кафедры

Д.м.н., доцент

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Подкаменев А.В.

(расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен **знать:**

- основные принципы управления и организации медицинской помощи детскому населению в России;
- показания к госпитализации и выписке из стационара детей с хирургической патологией, наблюдение за выписанными и их реабилитация, диспансеризации населения (на основе действующих в РФ законов и санитарно-эпидемиологических правил);
- вопросы экспертизы нетрудоспособности хирургических больных и медико-юридической помощи населению в рамках проблемы детской хирургии;
- особенности патогенеза различных хирургических болезней у детей;
- организацию профилактических мероприятий, направленных на предотвращение заболеваемости хирургическими болезнями детского населения;
- этиологию, патогенез, клиническую картину, особенности течения, возможные осложнения и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний у детей; современные классификации хирургических заболеваний у пациентов детского возраста;
- современные методы диагностики хирургических заболеваний у детей в амбулаторных и стационарных условиях, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования пациентов детского возраста хирургического профиля;
- методики оперативного лечения детей с хирургической патологией и показания к их применению.

уметь:

- анализировать и оценивать хирургическую заболеваемость детского населения и влияние на него факторов окружающей и социальной среды;
- участвовать в организации и оказании лечебно-профилактической и реабилитационной помощи детскому населению с хирургическими заболеваниями;
- собрать анамнез, провести опрос, провести обследование пациента различного возраста, с учетом диагностических возможностей амбулаторного или стационарного звена медицинской помощи;
- интерпретировать и анализировать результаты обследования у детей с хирургическими заболеваниями, поставить клинический диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза;
- разработать пациенту план лечения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи, провести реабилитационные мероприятия;
- уметь и оценивать симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьёзных и непредвиденных, возникших в результате диагностических и лечебных процедур у детей с хирургическими заболеваниями;
- вести медицинскую документацию различного характера в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, выписывать рецепты, больничные листы.

владеть навыками:

- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в лечебно-профилактических учреждениях;
- методами осмотра и обследования детей с хирургическими заболеваниями с учётом анатомо-функциональных особенностей: визуальное исследование различных органов и систем, пальпация и перкуссия грудной клетки, брюшной полости, костей и суставов, аускультация грудной клетки и брюшной полости, определение площади ожоговой поверхности, определение объёма активных и пассивных движений в суставе, диагностическая аспирационная пункция сустава, установка назогастрального зонда, катетеризация мочевого пузыря, катетеризация прямой кишки, оценка интенсивности боли;
- интерпретацией результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики хирургических заболеваний у детей;
- алгоритмом постановки клинического диагноза пациентам детского возраста с хирургическими заболеваниями;
- алгоритмом выполнения основных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи детям с хирургическими заболеваниями.

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.16 «Детская хирургия»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	Текущий Промежуточный
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и	Текущий Промежуточный

		проблем, связанных со здоровьем	
5	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
7	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный
Профессионально-специализированные компетенции			
8	ПСК-1	способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области детской хирургии, обосновывать и планировать объём исследований у детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи	Текущий Промежуточный
9	ПСК-2	способность оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма у детей с хирургическими заболеваниями	Текущий Промежуточный
10	ПСК-3	способность и готовность выявлять у детей с хирургическими заболеваниями основные патологические симптомы и синдромы хирургической патологии, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов формирования патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при хирургических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе хирургических заболеваний у детей	Текущий Промежуточный
11	ПСК-4	способность и готовность выполнять основные этапы хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими	Текущий Промежуточный

		заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи, своевременно предотвращать или устранять осложнения хирургических вмешательств, лечебных манипуляций	
12	ПСК-5	способность и готовность назначать больным детям с хирургическими заболеваниями адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии	Текущий Промежуточный
13	ПСК-6	способность и готовность составления плана мероприятий медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи	Текущий Промежуточный
14	ПСК-7	способность и готовность оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей инвалидов	Текущий Промежуточный
15	ПСК-8	способность применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья детского населения	Текущий Промежуточный
16	ПСК-9	способность и готовность использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии хирургических заболеваний у детей, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению хирургической патологии у детей, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим и профилактическим вопросам	Текущий Промежуточный

Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний хирургического профиля, установления диагноза	Назначение лечения детям с заболеваниями хирургического профиля, контроль его эффективности и безопасности	Назначение реабилитационных мероприятий детям с заболеваниями хирургического профиля и контроль их эффективности	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+			+	
ПК-2	+				+
ПК-5	+				+
ПК-6		+			
ПК-8			+	+	
ПК-9				+	
ПСК-1	+				
ПСК-2	+				
ПСК-3	+				
ПСК-4		+			
ПСК-5		+			
ПСК-6			+		
ПСК-7			+		
ПСК-8				+	+
ПСК-9				+	+

Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

**Контрольные мероприятия и применяемые оценочные средства для промежуточной аттестации по практике (Б 2) по специальности 31.08.16 «Детская хирургия»
2, 3-ий семестр**

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
№ задания					
1.	УК-1	1-300	1-103	1-21	1-15
2.	ПК-1	1-50	1-12	1-16	1-15
4.	ПК-2	85-134	16-21	1,3,7,9	1,2,11
5.	ПК-3	51-300	15,18,19,26,31,38,47,68,72,73	10,20,21	3,12,14,15
6.	ПК-4	1-300	1-103	1-21	1-15
7.	ПК-5	1-300	1-103	1-21	1-15
8.	ПК-6	1-300	1-103	1-21	1-15
9.	ПК-7	1-300	1-103	1-21	1-15
10.	ПСК-1	1-300	1-103	1-21	1-15
11.	ПСК-2	1-300	1-103	1-21	1-15
12.	ПСК-3	1-300	1-103	1-21	1-15
13.	ПСК-4	1-300	1-103	1-21	1-15
14.	ПСК-5	1-300	1-103	1-21	1-15

2. Критерии оценки, шкалы оценивания

2.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

2.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

2.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

2.4. Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

3. Оценочные средства

3.1. Тесты

1. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:
 - А. Лёжа на спине
 - Б. Стоя
 - В. Лёжа на животе;
 - Г. В положении Тренделенбурга
 - Д. На «горке»

2. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:
 - А. Наклейке на рентгенограмме
 - Б. Букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником
 - В. Газовому пузырю желудка
 - Г. Тени средостения
 - Д. Высоте куполов диафрагмы

3. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:
 - А. Артрэзии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
 - Б. Артрэзии пищевода (безсвищевая форма)
 - В. Халазии кардии
 - Г. Врожденным коротким пищеводом
 - Д. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы

4. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:
 - А. При бронхоэктазии
 - Б. При врожденной лобарной эмфиземе
 - В. При легочной секвестрации
 - Г. При кисте легкого
 - Д. При опухоли легкого

5. Бронхография противопоказана:
 - А. При опухоли легкого
 - Б. При легочной секвестрации
 - В. При врожденной лобарной эмфиземе
 - Г. При кисте легкого
 - Д. При бронхоэктазии

6. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:
 - А. Интубационный наркоз без миорелаксантов
 - Б. Местная анестезия
 - В. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
 - Г. Интубационный наркоз с применением миорелаксантов
 - Д. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи

7. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:
 - А. «Слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией
 - Б. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана
 - В. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана
 - Г. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем

рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем
Д. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля

8. Диагностический пневмоторакс показан:

- А. При гематоме легкого
- Б. При легочной секвестрации
- В. При лобарной эмфиземе
- Г. При опухоли средостения
- Д. При кистозной гипоплазии

9. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А. 1-го физиологического сужения
- Б. 2-го физиологического сужения
- В. Области кардии
- Г. Между 1-м и 2-м физиологическими сужениями
- Д. Между 2-м физиологическим сужением и кардией

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При туберкулезе
- В. При абсцессе легкого
- Г. При легочной секвестрации
- Д. При агенезии легкого

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

- А. Киста легкого
- Б. Спонтанный пневмоторакс
- В. Легочная секвестрация
- Г. Опухоль легкого
- Д. Опухоль средостения

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А. Синдром напряжения в грудной полости
- Б. Ранение легкого инструментами
- В. Отек легкого
- Г. Легочно-сердечная недостаточность
- Д. Все перечисленные

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А. Пиопневмоторакс
- Б. Ателектаз
- В. Буллезная форма легочной деструкции
- Г. Пиоторакс
- Д. Пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А. Вертикальное
- Б. Лежа
- В. На правом боку
- Г. На левом боку
- Д. Любое из предложенных

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А. Единичные широкие уровни
- Б. Множественные мелкие уровни
- В. Большой газовый пузырь желудка
- Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- Д. Свободный газ в брюшной полости

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- А. Единичные широкие уровни
- Б. Множественные мелкие уровни
- В. Большой газовый пузырь желудка
- Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- Д. Свободный газ в брюшной полости

17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- А. Каждый час
- Б. Через каждые 3 часа
- В. Через 3, 6, 12 часов
- Г. Через 12, 24 часа
- Д. В зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий

18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- А. Один прямой снимок
- Б. Один боковой снимок
- В. Два — прямой и боковой
- Г. Два — прямой и косой
- Д. Три — прямой, боковой и косой

19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- А. Один — после расправления инвагината
- Б. Два — при обнаружении инвагината и после его расправления
- В. Три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления
- Г. Четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления
- Д. Рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический

20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:

- А. Воздух
- Б. Водорастворимый контраст
- В. Йодолипол
- Г. Раствор бариевой взвеси
- Д. Любое из предложенных

21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:

- А. Абсцесса Дугласова пространства
- Б. Кисты яичника
- В. Инородного тела прямой кишки
- Г. Ректо-сигмоидита
- Д. Полипа прямой кишки

22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:
- А. Средняя линия выше пупка
 - Б. Край правого подреберья
 - В. Уровень пупка
 - Г. Область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы живота
 - Д. Внутри от переднего отдела правой подвздошной кости
23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:
- А. Халазии кардии
 - Б. Ахалазии кардии
 - В. Врождённом трахео-пищеводном свище
 - Г. Атрезии пищевода
 - Д. Врождённом коротком пищеводе
24. Эзофагоскопия не обязательна при:
- А. Ахалазии пищевода
 - Б. Врождённом стенозе пищевода
 - В. Ожоге пищевода
 - Г. Халазии кардии
 - Д. Атрезии пищевода
25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:
- А. Осмотр грудной клетки
 - Б. Аускультация лёгких
 - В. Перкуссия грудной клетки
 - Г. Число дыхательных движений в минуту
 - Д. Оценка степени цианоза и одышки
26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:
- А. Наблюдение за поведением ребёнка
 - Б. Осмотр живота
 - В. Деликатная пальпация живота
 - Г. Перкуссия живота
 - Д. Зондирование желудка
27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:
- А. Симптом «песочных часов»
 - Б. Обильная рвота
 - В. Потеря веса
 - Г. Обнаружение утолщенного привратника при пальпации
 - Д. Склонность к запорам
28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:
- А. Врождённом коротком пищеводе
 - Б. Пневмонии
 - В. Атрезии пищевода
 - Г. Врождённом трахео-пищеводном свище
 - Д. Врождённом стенозе пищеводе
29. При подозрении на трахео-пищеводный свищ новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:
- А. Эзофагоскопия
 - Б. Рентгеноконтрастное исследование пищевода

- В. Трахеоскопия
- Г. Оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме
- Д. Трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки

30. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:
- А. Уретероцеле
 - Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
 - В. Наличие незарашённого урахуса
 - Г. Наличие пузырно-кишечного свища
 - Д. Наличие дивертикула мочевого пузыря
31. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:
- А. Гидронефротическую трансформацию почек
 - Б. Врождённую кишечную непроходимость
 - В. Врождённый трахео-пищеводный свиш
 - Г. Гастрошизис
 - Д. Врождённый порок сердца
32. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:
- А. Халазию кардии
 - Б. Ахалазию кардии
 - В. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
 - Г. Геморрагический гастрит
 - Д. Пилоростеноз
33. Метод ирригографии с бариевой взвесью не используется для диагностики:
- А. Заворота средней кишки
 - Б. Атипичного расположения аппендикса
 - В. Болезни Гиршпрунга
 - Г. Язвенно-некротического энтероколита у новорожденного
 - Д. Инвагинации кишечника
34. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:
- А. Кальциноза пупочной области
 - Б. Фунгуса пупка
 - В. Полного свища желточного протока
 - Г. Неполного свища желточного протока
 - Д. Свища урахуса
35. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:
- А. Равномерная высота суставной щели
 - Б. Строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
 - В. Соответствие оси конечности с осью движения в суставе
 - Г. Правильные ответы А) и Б)
 - Д. Нет такого показателя
36. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:
- А. Смещение срединных структур мозга
 - Б. Менингит
 - В. Менингоэнцефалит
 - Г. Стафилококковая деструкция легких
 - Д. Родовая черепно-мозговая травма
37. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:
- А. Для кисты общего желчного протока
 - Б. Для хронического безкаменного холецистита

- В. Для хронического калькулезного холецистита
- Г. Для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы
- Д. Для хронического гепатита

38. Спленопортография выполняется:

- А. Под общим обезболиванием с применением миорелаксантов
- Б. Под местным обезболиванием
- В. Через переднюю брюшную стенку
- Г. В положении сидя
- Д. После лапаротомии

39. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:

- А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии
- Б. Для хронического гепатита
- В. Для цирроза печени
- Г. Для врожденного фиброза печени
- Д. Для эхинококкоза печени

40. Пункционная биопсия печени выполняется:

- А. Под общим обезболиванием
- Б. Под местным обезболиванием
- В. Через переднюю брюшную стенку
- Г. В положении сидя
- Д. После лапаротомии

41. Пункция оболочек яичка показана:

- А. При кисте семенного канатика
- Б. При перекруте яичка
- В. При орхоэпидидимите
- Г. При напряженной водянке оболочек яичка
- Д. При идиопатическом отеке мошонки

42. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:

- А. Спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода
- Б. Гепатомегалия
- В. Гипербилирубинемия
- Г. Анемия с частыми носовыми кровотечениями
- Д. Асцит

43. Диафаноскопия не показана:

- А) при паховой грыже;
- Б) при пахово-мошоночной грыже;
- В) при перекруте яичка;
- Г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
- Д) при бедренной грыже.

44. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют:

- А. Отсутствие яичка в мошонке
- Б. Беспокойство и подъем температуры
- В. Наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии
- Г. Гиперемия мошонки
- Д. Гиперемия и болезненность в паховой области

45. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:

- А. Перпендикулярное направление

- Б. Под углом 10°
- В. Под углом 20°
- Г. Под углом 30°
- Д. Под углом 40°

46. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием:

- А. Острая задержка мочи
- Б. Гидронефроз
- В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Г. Недержание мочи
- Д. Нейрогенный мочевой пузырь

47. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз:

- А. Клапан задней уретры
- Б. Гидронефроз
- В. Удвоение верхних мочевых путей
- Г. Торакальная дистония почки
- Д. Подковообразная почка

48. Антеградную пиелографию проводят для выявления:

- А. Дивертикула мочевого пузыря
- Б. Наличия пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Прходимости пиелоуретрального анастомоза при гидронефрозе
- Г. Опухоли почки
- Д. Кисты почки

49. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- А. Сморщивание или гипоплазия почки
- Б. Новообразование или киста почки
- В. ОРВИ или апостематоз почки
- Г. Пиелозктазия или гидронефроз
- Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь

50. Цистография противопоказана:

- А. При пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах
- Б. При уретероцеле
- В. При обострении пиелонефрита
- Г. При контрактуре шейки мочевого пузыря
- Д. При опухолевом процессе в малом тазу

51. Тенденция к генерализации гнойной инфекции у детей определяется:

- А. Особенности вскармливания
- Б. Склонностью к гипертермии
- В. Травмой ЦНС в анамнезе
- Г. Относительной незрелостью органов и тканей
- Д. Токсикозом I половины беременности

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

- А. Стафилококк
- Б. Стрептококк
- В. Кишечная палочка
- Г. Протей
- Д. Синегнойная палочка

53. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является:

- А. Высокая чувствительность к антибактериальным препаратам
- Б. Быстрая адаптация к лекарственным препаратам
- В. Малая распространенность в окружающей среде
- Г. Стертость клинических проявлений
- Д. Редко развивается антибиотикорезистентность

54. Экссудация, как одна из фаз воспалительного процесса, протекает в сроки:

- А. Сутки
- Б. Двое суток
- В. Трое суток
- Г. Четверо суток
- Д. Неделю

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

- А. Сутки
- Б. Вторые-четвертые сутки
- В. Пятые-шестые сутки
- Г. Седьмые-десятые сутки
- Д. Невозможно определить

56. Очищение гнойной раны обычно наступает:

- А. На вторые-третьи сутки
- Б. На четвертые-шестые сутки
- В. На седьмые-десятые сутки
- Г. К концу второй недели
- Д. Спустя две недели

57. Репарация гнойной раны обычно наступает:

- А. На вторые-третьи сутки
- Б. На четвертые-шестые сутки
- В. На седьмые-десятые сутки
- Г. К концу второй недели
- Д. Спустя две недели

58. Наиболее эффективным средством борьбы с синегнойной госпитальной инфекцией является:

- А. Борная кислота
- Б. Раствор фурацилина
- В. Гипертонический раствор
- Г. Перекись водорода
- Д. Левомеколь

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

- А. Механическое очищение очага
- Б. Антибактериальное воздействие
- В. Предупреждение распространения местного процесса
- Г. Предупреждение генерализации воспалительного процесса
- Д. Противовоспалительный фактор

60. Наиболее эффективным методов дренирования гнойной раны является:

- А. Однопросветная трубка для пассивного оттока
- Б. Резиновый выпускник
- В. Марлевый тампон
- Г. Активное дренирование
- Д. Сигарный дренаж

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

- А. 3-4 день

- Б. 5-6 день
- В. 7-10 день
- Г. 10-12 день
- Д. 12-14 дней

62. Ранние вторичные швы при гнойной ране накладываются:

- А. 3-4 день
- Б. 5-6 день
- В. 7-10 день
- Г. 10-12 день
- Д. 12-14 день

63. Поздний вторичный шов при гнойной ране накладывают:

- А. На 3-4 день
- Б. На 5-6 день
- В. На 2-ю неделю
- Г. На 3-4-ю неделю
- Д. В зависимости от состояния раны

64. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- А. Улучшение самочувствия больного
- Б. Отсутствие температуры
- В. Нормализация лабораторных показателей
- Г. Купирование перифокального воспаления
- Д. Начало репаративной фазы

65. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует:

- А. Для фурункула
- Б. Для карбункула
- В. Для флегмоны
- Г. Для фурункулеза
- Д. Для псевдофурункулеза

66. Размножение возбудителя при сепсисе происходит, как правило:

- А. В первичном очаге
- Б. Во вторичном очаге
- В. В крови
- Г. В зависимости от индивидуальных особенностей
- Д. Возможны все варианты

67. О развитии шока у септического больного свидетельствует:

- А. Постепенное ухудшение состояния больного
- Б. Резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции
- В. Наличие метаболических нарушений
- Г. Длительная гипертермия
- Д. Наличие метастатических очагов инфекции

68. Длительность применения кортикостероидов при гнойной инфекции определяется:

- А. Нормализацией состояния до средней тяжести
- Б. Купированием шока
- В. Снижением температуры до субфебрильной
- Г. Устранением сердечно-легочной недостаточности
- Д. Все перечисленное

69. Основанием для использования глюкокортикостероидов является:

- А. Септический шок и токсико-аллергическая реакция

- Б. Септикопиемия
- В. Септицемия
- Г. Пресепсис (начальная стадия сепсиса)
- Д. Высокий риск развития септических осложнений

70. Противопоказанием к применению гипербарической оксигенации при тяжелых формах сепсиса является:

- А. Тяжелые метаболические нарушения, обусловленные токсико-инфекционным процессом
- Б. Дыхательные расстройства и сердечно-сосудистая недостаточность
- В. Анемия вследствие гемолиза и поражения микробами и токсинами
- Г. Тяжелые поражения паренхиматозных органов
- Д. Терминальное состояние

71. 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:

- А. Фурункл
- Б. Карбункл
- В. Флегмона
- Г. Рожистое воспаление
- Д. Абсцесс подкожной клетчатки

72. У ребенка 5 лет множественные гнойники конусовидной формы, очаги с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Указанное состояние характерно:

- А. Для фурункулеза
- Б. Для рожистого воспаления
- В. Для флегмоны
- Г. Для псевдофурункулеза
- Д. Для абсцессов подкожной клетчатки

73. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Фурункулез
- Б. Псевдофурункулез
- В. Абсцесс подкожной клетчатки
- Г. Флегмона
- Д. Рожистое воспаление

74. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Фурункулез
- Б. Псевдофурункулез
- В. Флегмона подкожной клетчатки
- Г. Абсцесс
- Д. Рожистое воспаление

75. У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре которого три гнойных стержня. Наиболее вероятен диагноз:

- А. Фурункул
- Б. Карбункул
- В. Флегмона
- Г. Рожистое воспаление
- Д. Абсцесс подкожной клетчатки

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

определяется

- А. Паронихий
- Б. Кожный панариций
- В. Флегмона
- Г. Абсцесс
- Д. Подкожный панариций

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

- А. Паронихию
- Б. Кожному панарицию
- В. Подкожному панарицию
- Г. Подногтевому панарицию
- Д. Флегмоне

78. У ребенка на второй день после укола кончика пальца появились дергающие боли. Под ногтем скопление гноя. Диагноз соответствует:

- А. Паронихию
- Б. Кожному панарицию
- В. Подногтевому панарицию
- Г. Подкожному панарицию
- Д. Флегмоне

79. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует:

- А. Паронихию
- Б. Кожному панарицию
- В. Подкожному панарицию
- Г. Подногтевому панарицию
- Д. Костному панарицию

80. 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:

- А. Паронихий
- Б. Кожный панариций
- В. Подкожный панариций
- Г. Костный панариций
- Д. Подногтевой панариций

81. 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:

- А. Паронихию
- Б. Кожному панарицию
- В. Подкожному панарицию
- Г. Подногтевому панарицию
- Д. Сухожильному панарицию

82. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

- А. Флегмона кисти
- Б. Кожный панариций
- В. Подкожный панариций
- Г. Костный панариций
- Д. Сухожильный панариций

83. Для операции по поводу костного панариция у ребенка 5 лет наиболее целесообразна:
- А. Проводниковая анестезия
 - Б. Инфильтрационная анестезия
 - В. Масочный наркоз
 - Г. Интубационный наркоз
 - Д. Местно хлорэтил
84. Появление рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать:
- А. На 1-2 день болезни
 - Б. На 4-6 день болезни
 - В. На 7-9 день болезни
 - Г. На 10-12 день болезни
 - Д. На 13-15 день болезни
85. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:
- А. Нарушением обратного развития зубно-глочного протока
 - Б. Незаращением остатков жаберных дуг
 - В. Нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока
 - Г. Хромосомными абберациями
 - Д. Эктопией эпителия дна полости рта
86. Характерным симптомом для срединных кист шеи является:
- А. Боли при глотании
 - Б. Смещаемость кисты при глотании
 - В. Расположение над яремной ямкой
 - Г. Плотная консистенция
 - Д. Периодическое исчезновение
87. Наиболее информативным методом распознавания срединных свищей шеи является:
- А. Обзорная рентгенография
 - Б. Ультразвуковое исследование
 - В. Зондирование свища
 - Г. Фистулография
 - Д. Компьютерная томография
88. Для лимфангиомы в области шеи характерны:
- А. Размеры 1-2 см
 - Б. Плотный тяж, идущий к подъязычной кости
 - В. Срединное расположение
 - Г. Истонченная кожа над образованием
 - Д. Смещаемость при глотании
89. Для шейного лимфаденита характерны:
- А. Смещаемость при глотании
 - Б. Срединное расположение
 - В. Мягкая консистенция
 - Г. Отсутствие боли при пальпации
 - Д. Наличие входных ворот инфекции и болезненность
90. Срединную кисту шеи не следует дифференцировать с:
- А. Липомой
 - Б. Флебэктазией яремной вены
 - В. Врожденной мышечной кривошеей
 - Г. Дермоидной кистой
 - Д. Лимфаденитом
91. Оптимальным сроком при оперативном лечении срединного свища шеи является возраст:

- А. От 6 мес до 1 года
- Б. 3-5 лет
- В. 1-2 года
- Г. 5-10 лет
- Д. Старше 10 лет

92. Для предупреждения рецидива кисты шеи при операции необходимо выполнить:

- А. Выделение свища до поверхностной фасции
- Б. Ушивание свищевого отверстия после санации
- В. Перевязку наружной яремной вены
- Г. Обработку свищевого хода склерозирующими препаратами
- Д. Резекцию подъязычной кости

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

- А. Кровотечение
- Б. Расхождение швов
- В. Нарушение акта глотания
- Г. Рецидив свища
- Д. Гиперсаливация

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

- А. Ушивание апоневроза узловыми швами
- Б. Аутодермопластика кожными лоскутами
- В. Подшивание синтетических материалов
- Г. Операция Лойа
- Д. Пластика с широкой фасцией бедра

95. Для боковых кист шеи характерны:

- А. Болезненность при пальпации
- Б. Истончение кожи над образованием
- В. Расположение над яремной веной
- Г. Расположение по внутреннему краю кивательной мышцы
- Д. Плотная консистенция

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

- А. Обзорная рентгенография
- Б. Ультразвуковое исследование
- В. Фистулография
- Г. Венография
- Д. Компьютерная томография

97. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:

- А. Лимфангиомой
- Б. Периоститом нижней челюсти
- В. Лимфаденитом
- Г. Флебэктазией яремной вены
- Д. Дермоидной кистой

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

- А. До 1 года
- Б. До 3 лет
- В. 3-5 лет
- Г. 5-7 лет
- Д. Старше 10 лет

99. Необходимым элементом операции при боковых свищах шеи является:

- А. Резекция подъязычной кости

- Б. Перевязка сосудисто-нервного пучка
- В. Ушивание жаберной щели
- Г. Выделение свища до боковой стенки глотки
- Д. Иссечение свища и ушивание отверстия на коже

100. В послеоперационном периоде после операции по поводу боковых свищей шеи показано:

- А. Инфузионная терапия
- Б. Фиксация головы
- В. Исключение питания через рот
- Г. Постельный режим
- Д. Физиотерапия

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

- А. Ненагноением послеоперационной раны
- Б. Расхождением швов
- В. Недостаточным гемостазом
- Г. Неполным удалением боковых ответвлений свища
- Д. Отказом от резекции подъязычной кости

102. Паховая грыжа формируется:

- А. На 2-3-й неделе эмбрионального развития
- Б. На 7-8-й неделе эмбрионального развития
- В. На 5-6-м месяце эмбрионального развития
- Г. На 7-8-м месяце эмбрионального развития
- Д. Может формироваться на любом этапе

103. Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:

- А. Нарушение развития мезенхимальной ткани
- Б. Чрезмерные физические нагрузки
- В. Повышение внутрибрюшного давления
- Г. Слабость поперечной фасции
- Д. Слабость апоневроза наружной косой мышцы живота

104. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:

- А. Тошнота и рвота
- Б. Подъем температуры
- В. Эластическое выпячивание в паховой области
- Г. Боли в животе
- Д. Плохой аппетит

105. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить:

- А. С орхитом
- Б. С водянкой оболочек яичка
- В. С варикоцеле
- Г. С перекрутом гидатиды
- Д. С орхоэпидидимитом

106. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:

- А. Частое ущемление
- Б. Возраст после двух лет
- В. Установление диагноза
- Г. Возраст после 5 лет
- Д. Диаметр выпячивания свыше 3 см

107. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:

- А. У девочек

- Б. У мальчиков
- В. У грудных детей
- Г. У больных старше 5 лет
- Д. Нет правильного ответа

108. В послеоперационном периоде по поводу паховой грыжи показано:

- А. Физиотерапия
- Б. Массаж
- В. Щадящий режим 2 недели
- Г. Ограничение физической нагрузки на 1 год
- Д. Постельный режим на 1 неделю

109. Осложнения грыжесечения обусловлены:

- А. Техническими погрешностями
- Б. Возрастом ребенка
- В. Степенью диспластических изменений
- Г. Сопутствующими пороками
- Д. Операцией по экстренным показаниям

110. Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости от:

- А. Возраста ребенка
- Б. Сопутствующих пороков
- В. Опыта хирурга
- Г. Операции в плановом или в экстренном порядке
- Д. Пола ребенка

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

- А. Повышенным внутрибрюшным давлением
- Б. Ангиодисплазией
- В. Травмой пахово-мошоночной области
- Г. Незаращением вагинального отростка
- Д. Инфекцией мочевыводящих путей

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

- А. Появление припухлости в одной половине мошонки
- Б. Ухудшение общего состояния
- В. Подъем температуры
- Г. Резкая болезненность
- Д. Гиперемия мошонки

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

- А. Оперативное лечение в плановом порядке
- Б. Наблюдение до 3-4 лет
- В. Наблюдение до 1,5-2 лет
- Г. Пункцию под контролем УЗИ
- Д. Экстренную операцию

114. Показанием к операции Винкельмана служит:

- А. Водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые
- Б. Мутная водяночная жидкость
- В. Изменение оболочек яичка
- Г. Облитерированный вагинальный отросток
- Д. Все перечисленное

115. В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимо:

- А. Физиотерапия
- Б. Массаж

- В. Обычный образ жизни
 - Г. Ограничение физической нагрузки
 - Д. Постельный режим
116. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:
- А. Возрастом ребенка
 - Б. Сопутствующими пороками
 - В. Запоздалой операцией
 - Г. Техническими погрешностями
 - Д. Патологией верхних мочевыводящих путей
117. Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:
- А. Вариантом оперативного вмешательства
 - Б. Предшествующей гормональной терапией
 - В. Попыткой лечения пункционным способом
 - Г. Сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы
118. У мальчика в возрасте 3 лет обнаружен полный свищ пупка. Ему показаны:
- А. Наблюдение
 - Б. Антибиотикотерапия
 - В. Диагностическая лапаротомия
 - Г. Криотерапия
 - Д. Оперативное лечение
119. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- А. Гормональный дисбаланс
 - Б. Ангиодисплазия
 - В. Незаращение вагинального отростка брюшины
 - Г. Специфический процесс
 - Д. Патология мочевыделительной системы
120. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является:
- А. Отёчность в паховой области
 - Б. Гиперемия в паховой области
 - В. Эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко
 - Г. Резкая болезненность
 - Д. Расширение наружного пахового кольца
121. Лечение кисты оболочек семенного канатика у ребенка 6 месяцев включает:
- А. Экстренное оперативное лечение
 - Б. Одно-двукратную пункцию, при неэффективности - операцию
 - В. Оперативное лечение в плановом порядке
 - Г. Гормональное лечение
 - Д. Наблюдение в динамике
122. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает:
- А. Пункцию элементов семенного канатика
 - Б. Рассечение оболочек
 - В. Операцию Гросса
 - Г. Операцию Винкельмана
 - Д. Иссечение оболочек яичка
123. В послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика показаны:
- А. Физиотерапия
 - Б. Лечебная физкультура
 - В. Массаж

- Г. Ограничение физической нагрузки
- Д. Обычный образ жизни

124. Осложнения в послеоперационном периоде по поводу кисты элементов семенного канатика связаны:

- А. С возрастом ребенка
- Б. С сопутствующими пороками
- В. С техническими погрешностями
- Г. С запоздалой операцией
- Д. С предшествующими пункциями

125. Наиболее вероятной причиной развития пупочной грыжи является:

- А. Порок развития сосудов пуповины
- Б. Незаращение апоневроза пупочного кольца
- В. Воспаление пупочных сосудов
- Г. Портальная гипертензия
- Д. Родовая травма

126. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются:

- А. Расширение пупочного кольца
- Б. В покое легко вправляется
- В. Частое ущемление
- Г. В покое трудно вправляется
- Д. Выпячивание чаще появляется при беспокойстве

127. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:

- А. Экстренное оперативное вмешательство
- Б. Операцию в плановом порядке по достижении 2 лет
- В. Наблюдение в динамике
- Г. Массаж живота, гимнастика, профилактику запоров
- Д. Массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем.

128. При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребёнка, оперировать следует:

- А. По установлении диагноза
- Б. До 1 года
- В. До 2 лет
- Г. После 3 лет
- Д. В 5-6 лет

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

- А. Постельный режим
- Б. Протертый стол
- В. Обычный образ жизни
- Г. Физиотерапия
- Д. Ношение бандажа

130. После операции по поводу пупочной грыжи наиболее частое осложнение:

- А. Расхождение швов
- Б. Нагноение послеоперационной раны
- В. Рецидив
- Г. Эвентрация сальника
- Д. Лигатурный свищ

131. Наиболее вероятной причиной формирования грыжи белой линии является:

- А. Повышение внутрибрюшного давления

- Б. Слабость мышц передней брюшной стенки
- В. Дисплазия соединительной ткани
- Г. Родовая травма
- Д. Воспалительные заболевания передней брюшной стенки

132. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является:

- А. Наличие апоневротического дефекта по средней линии
- Б. Приступообразные боли в животе
- В. Тошнота и рвота
- Г. Диспептические явления
- Д. Гиперемия и припухлость

133. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:

- А. Установление диагноза
- Б. Болевой симптом
- В. Косметический дефект
- Г. Сопутствующие диспептические явления
- Д. Отставание в физическом развитии

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

- А. До I года
- Б. 1-3 года
- В. После 3 лет
- Г. Старше 5 лет
- Д. После 10 лет

135. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Гипоплазия легкого
- Б. Аплазия легкого
- В. Агенезия легкого
- Г. Ателектаз
- Д. Буллы

136. У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Гипоплазия легкого
- Б. Аплазия легкого
- В. Агенезия легкого
- Г. Ателектаз
- Д. Кистозная гипоплазия

137. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Бронхоэктазия
- Б. Агенезия легкого
- В. Аплазия легкого
- Г. Гипоплазия легкого
- Д. Ателектаз

138. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При ронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Бронхоэктазия
- Б. Агенезия легкого
- В. Кистозная гипоплазия
- Г. Гипоплазия легкого
- Д. Аплазия легкого

139. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень, прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево с снижением прозрачности левого легкого. Диагноз:

- А. Киста легкого
- Б. Лобарная эмфизема
- В. Напряженный пневмоторакс
- Г. Гипоплазия легкого
- Д. Агенезия легкого

140. На рентгенограмме имеется округлой формы затемнение в области базальных сегментов. При аортографии обнаруживается сосуд, идущий от аорты к патологической тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Киста легкого
- Б. Опухоль легкого
- В. Легочная секвестрация
- Г. Опухоль средостения
- Д. Ателектаз

141. На рентгенограмме имеется дополнительная тень, прилегающая к тени средостения и имеющая треугольную форму с вогнутым наружным краем. На бронхограмме в области патологического образования выявляются только крупные бронхи, доходящие до нижнего края тени. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Бронхоэктазы
- Б. Легочная секвестрация
- В. Гипоплазия нижней доли
- Г. Опухоль средостения
- Д. Агенезия легкого

142. Пищевод Барретта это:

- А. Рефлюкс-эзофагит
- Б. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- В. Аденокарцинома
- Г. Метаплазия слизистой пищевода
- Д. Пептическая стриктура пищевода

143. При установлении диагноза «агенезия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А. Бронхоскопия
- Б. Аортография
- В. Ангиопульмонография
- Г. Бронхография
- Д. Обзорная рентгенография

144. При установлении диагноза «аплазия легкого» наиболее достоверным методом обследования является:

- А. Бронхография
- Б. Сканирование легкого

- В. Бронхоскопия
- Г. Ангиопульмонография
- Д. Аортография

145. Для того, чтобы правильно определить уровень и степень гипоплазии легкого, необходимо провести:

- А. Сканирование легкого
- Б. Бронхоскопию
- В. Ангиопульмонография
- Г. Аортография
- Д. Бронхография

146. Методом выбора обследования при установлении диагноза «врожденная лобарная эмфизема» является:

- А. Бронхоскопия
- Б. Бронхография
- В. Обзорная рентгенография
- Г. Радиоизотопное обследование легких
- Д. Ангиопульмонография

147. При установлении диагноза «легочная секвестрация» предпочтение имеет:

- А. Аортография
- Б. Бронхография
- В. Бронхоскопия
- Г. Ангиопульмонография
- Д. Сканирование легких

148. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом:

- А. Сканирование легких
- Б. Аортография
- В. Бронхография
- Г. Ангиопульмонография
- Д. Бронхоскопия

149. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается:

- А. Нижняя доля справа
- Б. Верхняя доля слева
- В. Нижняя доля слева
- Г. Верхняя доля справа
- Д. Средняя доля правого легкого

150. Наиболее частой локализацией внутрилегочной секвестрации является:

- А. Средняя доля правого легкого
- Б. Нижняя доля левого легкого
- В. Верхняя доля левого легкого
- Г. Верхняя доля правого легкого
- Д. Нижняя доля правого легкого

151. У ребенка 2 лет установлен диагноз компенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:

- А. Экстренную операцию
- Б. Плановую операцию
- В. Срочную операцию
- Г. Консервативную терапию
- Д. Выжидательную тактику

152. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему следует рекомендовать:
- А. Консервативную терапию
 - Б. Бронхоскопическую санацию
 - В. Экстренную операцию
 - Г. Наблюдение в динамике
 - Д. Плановую операцию
153. У ребенка 1 года установлен диагноз субкомпенсированной формы лобарной эмфиземы. Тактика хирурга должна включать:
- А. Срочную операцию
 - Б. Операцию после предоперационной подготовки
 - В. Консервативную терапию
 - Г. Диспансерное наблюдение
 - Д. Плановую операцию
154. Оптимальной при операции по поводу врожденной эмфиземы верхней доли является:
- А. Боковая торакотомия
 - Б. Передняя торакотомия
 - В. Заднебоковая торакотомия
 - Г. Задняя торакотомия
 - Д. Переднебоковая торакотомия
155. Резекцию нижней доли при внутрилегочной секвестрации следует начинать с выделения:
- А. Артерии нижней доли
 - Б. Бронха нижней доли
 - В. Разделения нижней легочной связки
 - Г. Нижней легочной вены
 - Д. Основного ствола легочной артерии
156. Из осложнений после операции на легких чаще всего встречается:
- А. Кровотечение
 - Б. Массивные продувания воздуха
 - В. Сердечно-легочная недостаточность
 - Г. Обтурационные осложнения
 - Д. Несостоятельность швов
157. На рентгенограмме на фоне неизменной паренхимы выявляются четко очерченные тонкостенные воздушные полости. Наиболее вероятный диагноз:
- А. Абсцесс легкого
 - Б. Пневмоторакс
 - В. Буллезная форма бактериальной деструкции легких
 - Г. Пиоторакс
 - Д. Пиопневмоторакс.
158. Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз:
- А. Пиопневмоторакс
 - Б. Буллезная форма бактериальной деструкции легких
 - В. Абсцесс легкого
 - Г. Пиоторакс
 - Д. Медиастинальная эмфизема
159. На рентгенограмме определяется вуалеподобное затемнение правой половины грудной полости. Это связано:
- А. С абсцессом легкого

- Б. С тотальной эмпиемы плевры
- В. С осумкованным плевритом
- Г. С плащевидным плевритом
- Д. С буллезной формой бактериальной деструкции легких

160. На рентгенограмме определяется пристеночное затемнение с четкими контурами. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Тотальная эмпиема плевры
- Б. Буллезная форма бактериальной деструкции легких
- В. Фибринооторакс
- Г. Плащевидный плеврит
- Д. Пиопневмоторакс

161. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Тотальная эмпиема плевры
- Б. Ателектаз легкого
- В. Напряженная тотальная эмпиема
- Г. Плащевидный плеврит
- Д. Абсцесс легкого

162. Одним из основных рентгенологических признаков диафрагмальной грыжи является:

- А. Смещение средостения
- Б. Появление дополнительных теней в одном из гемитораксов
- В. Деформация одного или обоих куполов диафрагмы
- Г. Непостоянность рентгенологических данных при повторных и многоосевых исследованиях
- Д. Признаки гиповентиляции легких

163. На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Пневмоторакс
- Б. Гидропневмоторакс
- В. Напряженный гидропневмоторакс
- Г. Тотальная эмпиема плевры
- Д. Абсцесс легкого

164. На рентгенограмме определяется смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Напряженный гидропневмоторакс
- Б. Напряженный пневмоторакс
- В. Гигантский кортикальный абсцесс
- Г. Тотальная эмпиема плевры
- Д. Мелкоочаговая бактериальная деструкция легких

165. Характерной формой эпителиального копчикового хода у детей, определяемой макроскопически, является:

- А. Короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку
- Б. Длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
- В. Копчиковая киста
- Г. Воронкообразное кожное втяжение
- Д. Все перечисленное

166. Для дифференциальной диагностики эпителиального копчикового хода оптимальным методом исследования у детей является:

- А. Зондирование
- Б. Пальцевое ректальное исследование
- В. Рентгенофистулография
- Г. Ректороманоскопия, колоноскопия
- Д. Весь перечисленный комплекс исследований

167. Оптимальным положением больного при операции удаления копчикового хода является:

- А. На животе
- Б. На спине
- В. На левом боку
- Г. На правом боку
- Д. Любое из перечисленных

168. Удаление копчикового хода у детей при хроническом течении следует производить:

- А. По установлению диагноза
- Б. Через 2-3 мес. после стихания острого процесса
- В. При обострении процесса
- Г. После 5-6 лет
- Д. В любые сроки

169. Наиболее информативным методом диагностики врожденного сужения заднепроходного отверстия у детей является:

- А. Рентгеноконтрастный
- Б. Ректороманоскопия
- В. Колоноскопия
- Г. Пальцевое ректальное исследование
- Д. Все перечисленное

170. При врожденном сужении прямой кишки оптимальным является:

- А. Хирургическое вмешательство по установлению диагноза
- Б. Консервативная терапия, бужирование
- В. Консервативная терапия, при отсутствии эффекта - операция
- Г. Рентгеноконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров
- Д. Любой из перечисленных вариантов

171. Ректостубулярный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А. По установлении диагноза
- Б. В 1,5 года
- В. В 3-4 года
- Г. В 7 лет
- Д. В более старшем возрасте

172. Ректовагинальный свищ при нормально сформированном заднем проходе следует оперировать:

- А. По установлении диагноза
- Б. В 1,5 года
- В. В 3-4 года
- Г. В 7 лет
- Д. В более старшем возрасте

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

- А. 3 часа после рождения
- Б. 6 часов после рождения
- В. 16 часов после рождения
- Г. 24 часа после рождения
- Д. 32 часа после рождения

174. При атрезии прямой кишки у детей наиболее часто встречается:
- А. Ректостевибулярный свищ
 - Б. Ректовагинальный свищ
 - В. Ректоуретральный свищ
 - Г. Ректовезикальный свищ
 - Д. Ректопромежностный свищ
175. Наиболее информативным методом определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии у детей является:
- А. Рентгенография по Вангенстину
 - Б. Контрастное исследование кишки через свищ
 - В. Исследование свища зондом
 - Г. Электромиография промежности
 - Д. Профилометрия
176. В основе болезни Гиршпрунга лежит:
- А. Врожденный аганглиоз участка толстой кишки
 - Б. Гипертрофия мышечного слоя кишки
 - В. Поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
 - Г. Токсическая дилатация толстой кишки
 - Д. Все перечисленное
177. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае можно предположить форму болезни Гиршпрунга:
- А. Острую
 - Б. Подострую
 - В. Хроническую
 - Г. Ректальную
 - Д. Ректосигмоидальную
178. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у детей целесообразно выполнить:
- А. Ирригографию
 - Б. Ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
 - В. Дачу бариевой смеси через рот
 - Г. Колоноскопию
 - Д. Определение активности ацетилхолинэстеразы
179. У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является:
- А. Радикальная операция
 - Б. Колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
 - В. Колостома петлевая на поперечно-ободочную кишку
 - Г. Пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
 - Д. Терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки
180. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:
- А. 3 мес
 - Б. 6 мес
 - В. 9 мес
 - Г. 12 мес
 - Д. В 3 года и старше
181. 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:

- А. Острую
- Б. Подострую
- В. Хроническую
- Г. Ректальную
- Д. Ректосигмоидальную

182. У ребенка хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно:

- А. В 1,5 года
- Б. В 3 года
- В. В 6 лет
- Г. В 10 лет
- Д. По установлению диагноза

183. У ребёнка 5 лет диагностирована декомпенсированная форма болезни Гиршпрунга. Ему следует рекомендовать:

- А. Консервативное лечение с помощью сифонных клизм
- Б. Радикальное оперативное вмешательство
- В. Пристеночную цекостому
- Г. Двухствольную стому на восходящий отдел кишки
- Д. Терминальную колостому на переходной зоне кишки

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

- А. До 6 мес
- Б. После 1 года
- В. После 3 лет
- Г. После 6 лет
- Д. После перенесенной кишечной инфекции

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

- А. Операция Дюамеля
- Б. Операция Свенсона
- В. Операция Соаве
- Г. Колостома
- Д. Илеостома

186. Ребёнок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:

- А. Обзорная рентгенография брюшной полости
- Б. Ирригография с воздухом
- В. Ирригография с бариевой взвесью
- Г. Дача бариевой взвеси через рот
- Д. Колоноскопия

187. Ребёнок 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 вероятно:

- А. Болезнь Гиршпрунга
- Б. Долихосигма
- В. Хронический колит
- Г. Неспецифический язвенный колит
- Д. Болезнь Крона

188. Ребенок 4 лет поступает в стационар с декомпенсированной стадией болезни Гиршпрунга. Тактика его лечения включает:

- А. Консервативную терапию, сифонные клизмы
- Б. Срочное радикальное оперативное вмешательство

- В. Срочную колостому
- Г. Колостомию после кратковременной предоперационной подготовки
- Д. Колостомию после консервативных мероприятий и удовлетворительного состояния больного

189. У ребёнка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Наиболее вероятный диагноз:

- А. Опухоль толстой кишки
- Б. Удвоение кишечника
- В. Лимфангиома брюшной полости
- Г. Каловый камень
- Д. Холодный аппендикулярный инфильтрат

190. Наиболее целесообразна следующая последовательность специальных методов исследования при мегаколоне у ребенка с хроническим запором:

- 1) ректальное пальцевое;
- 2) функциональное;
- 3) ирригография;
- 4) гистохимическое.

- А. Правильные ответы 1, 2, 3 и 4
- Б. Правильные ответы 1, 2, 4 и 3
- В. Правильные ответы 1, 3, 4 и 2
- Г. Правильные ответы 1, 4, 2 и 3
- Д. Правильные ответы 1, 4, 3 и 2

191. У ребёнка 1,5 месяцев острый гнойный парапроктит. Наиболее рациональным вариантом лечения является:

- А. Разрез мягких тканей и дренирование
- Б. Радикальное иссечение инфильтрата и свища
- В. Антибактериальная терапия
- Г. Физиотерапевтические методы лечения
- Д. Повязка с мазью Вишневского

192. У ребёнка 1,5 месяцев острый парапроктит. Радикальное вмешательство при хроническом парапроктите у него целесообразно в сроки:

- А. 3 мес
- Б. 6 мес
- В. 8 мес
- Г. 1,5 года
- Д. После 3 лет

193. Наиболее вероятной теорией возникновения неспецифического язвенного колита у детей является:

- А. Инфекционная
- Б. Ферментативная
- В. Алиментарная
- Г. Аллергическая
- Д. Аутоиммунная

194. У ребёнка 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°C. Состояние ребенка средней тяжести. Наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита:

- А. Острая
- Б. Первично-хроническая
- В. Хроническая
- Г. Скоротечная

Д. Подострая

195. Червеобразный отросток — это:

- А. Рудимент
- Б. функциональный орган
- В. Порок развития
- Г. Аномалия
- Д. Вариант развития

196. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:

- А. Обязательно
- Б. Необязательно
- В. У детей младшего возраста по показаниям
- Г. У девочек по показаниям
- Д. В зависимости от клиники

197. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

- А. Усиление болей при расположении на левом боку
- Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
- В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
- Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- Д. Правое яичко расположено выше левого

198. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:

- А. Болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области
- Б. Болезненность при пальпации области пупочного кольца
- В. Уменьшение болей в положении на животе
- Г. Усиление болей при отведении купола кишки медиально
- Д. Снижение или отсутствие брюшных рефлюксов

199. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

- А. Умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
- Б. Гиперлейкоцитоз
- В. Лейкопения
- Г. Отсутствие изменений
- Д. Ускоренное СОЭ

200. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн—Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:

- А. Болезненное опухание суставов
- Б. Геморрагические высыпания на коже
- В. Гематурия, альбуминурия
- Г. Появление точечных кровоизлияний после щипка кожи
- Д. Комбинация перечисленных симптомов

201. У ребёнка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:

- А. Наблюдение
- Б. Срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области
- В. Лапароскопия
- Г. Назначение антибактериальной терапии
- Д. Перевод больного в педиатрическое отделение

202. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А. Невозможен
- Б. Возможен при начальной стадии воспаления
- В. Возможен при флегмонозном аппендиците
- Г. Возможен при гангренозном аппендиците
- Д. Возможен даже при перфоративном аппендиците

203. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:

- А. На спине
- Б. На животе
- В. На правом боку с приведенными ногами
- Г. На левом боку
- Д. Сидя

204. Трёхлетний ребёнок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

- А. Ввести промедол
- Б. Ввести седуксен
- В. Ввести спазмолитики
- Г. Сделать теплую ванну
- Д. Осмотреть ребенка в состоянии естественного сна

205. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:

- А. 3 часами
- Б. 6 часами
- В. 12 часами
- Г. 18 часами
- Д. 24 часами

206. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:

- А. Срединную лапаротомию
- Б. Лапаротомию разрезом по Пфаненштилю
- В. Лапаротомию разрезом в правой подвздошной области
- Г. Лапароскопию
- Д. Динамическое наблюдение

207. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- А. Наблюдение
- Б. Консервативное лечение
- В. Лапароскопия
- Г. Лапаротомия в правой подвздошной области;
- Д. Срединная лапаротомия

208. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- А. Локальная боль и рвота
- Б. Напряжение мышц брюшной стенки и рвота
- В. Напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
- Г. Симптом Щеткина и рвота
- Д. Жидкий стул и рвота

209. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Резиновый выпускник
- В. Марлевый тампон
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

210. У ребёнка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- А. Одномоментное введение антибиотиков
- Б. Двухпросветный дренаж
- В. Резиновый выпускник
- Г. Промывание брюшной полости
- Д. Тампон Микулича

211. У ребёнка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А. Микроирригатор
- Б. Промывание брюшной стенки
- В. Марлевый тампон
- Г. Двухпросветный дренаж
- Д. Резиновый выпускник

212. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А. Стационарное наблюдение
- Б. Амбулаторное наблюдение
- В. Антибиотики, физиотерапия, наблюдение
- Г. Срочная операция
- Д. Операция в плановом порядке

213. У ребёнка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А. Одномоментной санацией брюшной полости путем промывания
- Б. Лаважом брюшной полости после операции
- В. Лапаростомией
- Г. Ввести микроирригаторы
- Д. Дренирование брюшной полости в подвздошных областях

214. У ребёнка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А. Проведение консервативных мероприятий
- Б. Наблюдение
- В. Дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
- Г. Срочная операция
- Д. Операция после предоперационной подготовки

215. У ребёнка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- А. Срочная операция
- Б. Наблюдение
- В. Дача бария, наблюдение
- Г. Дача бария, проведение консервативных мероприятий
- Д. Операция в плановом порядке

216. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

- А. 3-6 час
- Б. 6-12 час

- В. 12-24 час
- Г. 24-48 час
- Д. 48-72 час

217. Ребёнок 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:

- А. С ректального пальцевого исследования
- Б. С ирригографии с воздухом
- В. С обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
- Г. С введения зонда в желудок
- Д. С дачи бариевой взвеси через рот

218. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:

- А. Возрастная дискоординация перистальтики
- Б. Изменение или нарушение режима питания
- В. Диспепсия
- Г. Респираторно-вирусная инфекция
- Д. Органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)

219. У ребёнка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:

- А. Как начальный период
- Б. Как период ярких клинических проявлений
- В. Как период непроходимости кишечника
- Г. Как явления перитонита
- Д. Период осложнений

220. У ребёнка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:

- А. Расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем
- Б. Пальпаторное расправление инвагината под наркозом
- В. Расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа
- Г. Расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа
- Д. Оперативное лечение

221. У ребёнка 8 мес. 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:

- А. Острый аппендицит
- Б. Инвагинация кишечника
- В. Аппендикулярный инфильтрат
- Г. Кишечная инфекция
- Д. Опухоль брюшной полости

222. У ребёнка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:

- А. Ирриграфию с воздухом
- Б. Ирриграфию с бариевой смесью
- В. Колоноскопию
- Г. Лапароскопию
- Д. Исследование ректального давления

223. Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:
- А. В отказе от рентгеновского 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.
224. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:
- А. Лапароскопия
 - Б. Колоноскопия
 - В. Ирригография с воздухом
 - Г. Ирригография с бариевой смесью
 - Д. Пальпация живота под наркозом
225. У ребёнка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:
- А. Срединная лапаротомия
 - Б. Поперечная лапаротомия
 - В. Разрез в подвздошной области
 - Г. Параректальный доступ
 - Д. Разрез по Пфаненштилю
226. У ребёнка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:
- А. Срединная лапаротомия
 - Б. Поперечная лапаротомия
 - В. Разрез в правой подвздошной области
 - Г. Параректальный доступ
 - Д. Разрез в правом подреберье
227. У ребёнка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:
- А. Срединная лапаротомия
 - Б. Поперечная лапаротомия
 - В. Разрез в правой подвздошной области
 - Г. Параректальный доступ справа
 - Д. Параректальный доступ слева
228. У ребёнка 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 петель
 - Д. Резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз
229. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:
- А. 5-7 дней
 - Б. 1 мес

- В. 3 мес
- Г. 6 мес
- Д. 1 год

230. У ребёнка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- А. Спленэктомия
- Б. Попытку ушивания дефекта
- В. Перевязку селезеночной артерии
- Г. Оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
- Д. Спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

231. У ребёнка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А. Спленэктомия
- Б. Попытку ушивания дефекта
- В. Перевязку селезеночной артерии
- Г. Оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
- Д. Спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

232. У ребёнка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

- А. С рентгенографии брюшной полости
- Б. С ультразвукового исследования
- В. С лапароскопии
- Г. С лапароцентеза
- Д. С внутривенной урографии

233. У ребёнка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- А. Лапароцентез
- Б. Лапароскопия, осмотр брюшной полости
- В. Лапароскопия, установка длительного дренажа
- Г. Лапаротомия, ревизия брюшной полости
- Д. Наблюдение, консервативная терапия

234. У ребёнка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:

- А. Лапароцентез
- Б. Лапароскопия, ревизия
- В. Лапароскопия, длительный дренаж
- Г. Лапаротомия, ревизия брюшной полости
- Д. Наблюдение, консервативная терапия

235. У ребёнка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребёнку следует рекомендовать:

- А. Лапароцентез
- Б. Лапароскопию
- В. Лапаротомию
- Г. Наблюдение
- Д. Наблюдение, консервативную терапию

236. У ребёнка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А. С рентгенографии брюшной полости
 - Б. С ультразвукового исследования
 - В. С лапароцентеза
 - Г. С лапароскопии
 - Д. С внутривенной урографии
237. У ребёнка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:
- А. Лапароцентез
 - Б. Лапароскопия
 - В. Установка длительного дренажа брюшной полости
 - Г. Лапаротомия, ревизия брюшной полости
 - Д. Наблюдение, консервативная терапия
238. У ребёнка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:
- А. Лапароцентез
 - Б. Лапароскопию
 - В. Установка длительного дренажа брюшной полости
 - Г. Лапаротомию
 - Д. Наблюдение, консервативная терапия
239. У ребёнка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжёлое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:
- А. Лапароцентез
 - Б. Лапароскопия
 - В. Лапаротомия
 - Г. Консервативная терапия
 - Д. Наблюдение
240. У ребёнка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:
- А. Лапароцентез
 - Б. Лапароскопия
 - В. Лапаротомия
 - Г. Наблюдение
 - Д. Консервативная терапия
241. У ребёнка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:
- А. Рентгенографию брюшной полости
 - Б. Лапароцентез
 - В. Лапароскопию
 - Г. Ультразвуковое исследование
 - Д. Ангиографию
242. У ребёнка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:
- А. Лапароскопия
 - Б. Лапароцентез
 - В. Лапаротомия
 - Г. Ультразвуковое исследование

Д. Наблюдение

243. У ребёнка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

- А. Трансанально
- Б. Трансназально
- В. Через гастростому
- Г. Через энтеростому
- Д. Зонда вводить не следует

244. Ребёнок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:

- А. Гастроскопия
- Б. Гастротомия
- В. Наблюдение
- Г. Стимуляция моторики кишечника
- Д. Лапароскопия

245. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить:

- А. Пиурию
- Б. Альбуминурию
- В. Микрогематурию
- Г. Макрогематурию
- Д. Оксалурию

246. Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:

- А. В поясничной области
- Б. В наружном крае прямых мышц
- В. В надлобковой области
- Г. В промежности
- Д. В эпигастрии

247. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать:

- А. Вторичное сморщивание почки
- Б. Вторичное камнеобразование
- В. Девиация мочеточника
- Г. Ложный гидронефроз
- Д. Некротический папиллит

248. Наиболее частой причиной появления патологических выделений из мочеиспускательного канала ребёнка считают:

- А. Гнойно-воспалительные заболевания наружных половых путей
- Б. Цистит
- В. Наличие инородных тел
- Г. Специфический уретрит
- Д. Грибковое поражение уретры

249. Двустороннюю макрогематурию у детей может вызвать:

- А. Мочекаменная болезнь
- Б. Гидронефроз
- В. Острый гломерулонефрит
- Г. Опухоль почки
- Д. Парапельвикальная киста почки

250. Одностороннюю макрогематурию наблюдают:

- А. При болезни Верльгофа
- Б. При узелковом периартериите

- В. При остром гломерулонефрите
- Г. При поликистозе
- Д. При опухолях почки

251. При макрогематурии у детей в срочном порядке необходимо пополнить:

- А. Ретроградную пиелографию
- Б. Экскреторную урографию
- В. Цистоскопию
- Г. Цистоуретрографию
- Д. Радиоизотопные методы

252. При анурии у детей противопоказана:

- А. Обзорная рентгенография органов мочевой системы
- Б. Экскреторная урография
- В. Цистоуретрография
- Г. Ретроградная пиелография
- Д. Цистоскопия

253. Не требует лечения у детей:

- А. Ренальная форма анурии
- Б. Экстраренальная форма анурии
- В. Субренальная форма анурии
- Г. Физиологическая анурия новорожденных
- Д. Аренальная форма анурии

254. Основным признаком гидронефроза считают:

- А. Наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника
- Б. Признаки нарушения сократительной способности лоханки
- В. Признаки вторичного пиелонефрита
- Г. Истончение почечной паренхимы
- Д. Признаки снижения почечного кровотока

255. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают:

- А. Экскреторную урографию
- Б. Цистографию
- В. Цистоскопию
- Г. Цистометрию
- Д. УЗИ с определением кровотока

256. Рентгенологический феномен «белой почки» (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:

- А. Обтурации мочеточника камнем
- Б. Вторично сморщенной почки
- В. Острого необструктивного пиелонефрита
- Г. Травмы почки
- Д. Опухоли почки

257. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:

- А. Перемежающийся гидронефроз
- Б. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- В. Гипоплазия почки
- Г. Удвоение верхних мочевых путей
- Д. Поликистоз

258. УЗИ слазиксной нагрузкой (для выявления гидронефроза) у младенцев предусматривает:

- А. Оральную гидротацию, назначение лазикса через рот и спазмолитиков
- Б. Пережатый уретральный катетер, введение лазикса, ограничение жидкости
- В. Оральную гидротацию, в/в гидротацию, уретральный катетер, лазикс в/в в возрастных дозировках
- Г. Сухоядение, ограничение жидкости, лазикс, очистительная клизма
- Д. Спазмолитики, уросептики, лазикс в возрастных дозировках в/в.

259. Катетеризация уретры противопоказана при острой задержке мочи, вызванной:

- А. Фимозом
- Б. Опухолью мочевого пузыря
- В. Камнем уретры
- Г. Разрывом уретры
- Д. Камнем мочевого пузыря

260. Ведущим симптомом нефроптоза у детей является:

- А. Нарушение мочеиспускания
- Б. Снижение удельного веса мочи
- В. Болевой синдром
- Г. Поллакиурия
- Д. Энурез

261. Решающим методом диагностики нефроптоза у детей является:

- А. Пальпация
- Б. Экскреторная урография
- В. Ультразвуковое сканирование
- Г. Радиоизотопное исследование
- Д. Ангиоренография

262. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают:

- А. При гидронефрозе
- Б. При нефроптозе
- В. При мочекаменной болезни
- Г. При поликистозе
- Д. При тромбозе почечной артерии

263. Операцией выбора при удалении камней почек у детей считают:

- А. Пиелотомия
- Б. Нефротомия
- В. Резекция почки
- Г. Нефрэктомия
- Д. Нефростомия

264. Сочетание гематурии с асептической пиурией характерно:

- А. Для гидронефроза
- Б. Для мочекаменной болезни
- В. Для туберкулеза
- Г. Для нефроптоза
- Д. Для опухоли почки

265. Метод микционной цистоуретрографии наиболее информативен для диагностики:

- А. Нейрогенных дисфункциях мочевого пузыря
- Б. Гидронефроза
- В. Пороков уретры и ПМР
- Г. Удвоения верхних мочевых путей
- Д. Нефроптоза

266. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления:
- А. Нейрогенных дисфункций мочевого пузыря
 - Б. Энуреза (ночного недержания мочи)
 - В. Эктопии устья добавочного мочеточника
 - Г. Эписпадии
 - Д. Клапана задней уретры.
267. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:
- А. Отек, гиперемия, болезненность в области мошонки
 - Б. Гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
 - В. Отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
 - Г. Отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
 - Д. Значительное накопление жидкости в полости мошонки, увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка.
268. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:
- А. Патологическим состоянием, необходимо срочное лечение
 - Б. Вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата
 - В. Условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке
 - Г. Редким пороком крайней плоти
 - Д. Патологическим состоянием, требует лечения после 1 года
269. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:
- А. Экскреторная урография
 - Б. Планиметрия почки
 - В. Почечная ангиография
 - Г. Биопсия почки
 - Д. Динамическая сравнительная радиоизотопная ренография
270. Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется:
- А. Олигурией и оксалурией
 - Б. Полиурией и гипоиозстенурией
 - В. Физиологической анурией
 - Г. Урежением мочеиспускания
 - Д. Альбуминурией и поллакиурией
271. Экскреторная урография противопоказана при следующем неотложном состоянии:
- А. Острый пиелонефрит
 - Б. Травма почки
 - В. Почечная колика
 - Г. Анурия
 - Д. Макрогематурия
272. Наиболее характерным симптомом для камня уретры является:
- А. Болезненное мочеиспускание
 - Б. Острая задержка мочи
 - В. Гематурия
 - Г. Пиурия
 - Д. Протеинурия
273. Оптимальным методом операции при абберантном сосуде, называемом гидронефроз, является:
- А. Перевязка сосудов

- Б. Резекция нижнего полюса
- В. Транспозиция абберантного сосуда
- Г. Антевазальный уретеропиелоанастомоз
- Д. Лоскутная пластика

274. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита вплоть до апостематоза почки возникает:

- А. При камне верхней чашечки
- Б. При камне лоханки
- В. При коралловидном камне почки
- Г. При камне мочеточника
- Д. При камне мочевого пузыря

275. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:

- А. Бытовой
- Б. Уличный
- В. Школьный
- Г. Спортивный
- Д. Прочий

276. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:

- А. Повреждения
- Б. Ожоги
- В. Инородные тела
- Г. Отравления
- Д. Огнестрельные повреждения

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

- А. Циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава
- Б. Гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого сустава
- В. Гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
- Г. Гипсовой лангетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
- Д. Циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава

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

- А. Циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного сустава
- Б. Гипсовой повязкой от голеностопного до коленного сустава
- В. Гипсовой лангетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
- Г. Гипсовой лангетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра
- Д. Циркулярной гипсовой повязкой от плюсне-фаланговых суставов до коленного сустава

279. Наиболее частой локализацией родового эпифизолиза является:

- А. Проксимальный эпифиз плечевой кости
- Б. Дистальный эпифиз плечевой кости
- В. Проксимальный эпифиз бедренной кости
- Г. Дистальный эпифиз бедренной кости
- Д. Проксимальный эпифиз большой берцовой кости

280. Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизолиза дистального конца плечевой кости, является:

- А. Деструкция метафиза плечевой кости
- Б. Наличие видимого костного отломка
- В. Нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья
- Г. Видимая костная мозоль
- Д. Луковичный периостит

281. Рациональная лечебная тактика при родовом эпифизеолизе головки бедренной кости в первые часы после рождения включает:
- А. Открытое направление
 - Б. Вытяжение по Шеде
 - В. Вытяжение по Блаунту
 - Г. Вправление закрытое
 - Д. Закрытое вправление с последующим лейкопластырным вытяжением на горизонтальной плоскости с отведением и внутренней ротацией поврежденной ножки
282. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:
- А. Открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
 - Б. Одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
 - В. Вытяжение по Шеде
 - Г. Вытяжение по Блаунту
 - Д. Лечение не требуется
283. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы без существенного смещения отломков, является:
- А. Гематома в области плечевого сустава
 - Б. Крепитация отломков
 - В. Гемипарез
 - Г. Реакция на болевое ощущение при пеленании
 - Д. Нарушение кровообращения
284. Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:
- А. Фиксация ручки к туловищу ребенка
 - Б. Лейкопластырное вытяжение
 - В. Гипсовая повязка
 - Г. Повязка Дезо
 - Д. Торакобрахильная гипсовая повязка с отведением плеча (90°) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90°)
285. Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:
- А. Кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию;
 - Б. Потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику
 - В. Пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту
 - Г. Глубокую кому после сомнительной связи с травмой
 - Д. Гемипарез при ясном сознании
286. Наиболее часто перелом ключицы локализуется:
- А. В средней трети
 - Б. В зоне клювовидного отростка
 - В. На границе средней и медиальной трети ключицы
 - Г. На границе средней и латеральной трети ключицы
 - Д. У стернального конца ключицы
287. При переломе ключицы у ребёнка до 1 года в средней трети оптимальной фиксирующей повязкой является:
- А. Повязка Дезо

- Б. Торакобрахиальная повязка
- В. Шино-гипсовая 8-образная повязка
- Г. Костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому-Карпенко
- Д. Фиксация не требуется

288. При вывихе плечевой кости наиболее вероятный механизм травмы:

- А. Падение на локоть (или кисть) приведенной или отведенной руки
- Б. Прямой удар в среднюю треть предплечья
- В. Резкий рывок за руку
- Г. Падение на бок при приведенной руке
- Д. Ротация туловища при поднятой вверх и фиксированной руке

289. Переломо-вывих Монтеджа — это:

- А. Вывих костей предплечья на одной руке и перелом их на другой
- Б. Вывих кисти и перелом костей предплечья в средней трети
- В. Вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети предплечья
- Г. Вывих локтевой кости и перелом лучевой кости
- Д. Вывих головки лучевой кости и перелом локтевой кости на границе средней и верхней трети на одноименной руке

290. Переломо-вывих Галеацци — это:

- А. Вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети — на другой
- Б. Вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
- В. Перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке
- Г. Вывих кости с переломом лучевой кости в средней трети
- Д. Вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети

291. Позволяет диагностировать вывих головки луча при вывихе Монтеджа по рентгеновским снимкам линия:

- А. Смита
- Б. Маркса
- В. Омбредана
- Г. Келлера
- Д. Симптом Ортолани

292. Оптимальным положением предплечья, фиксированного гипсовой лангетой, при переломах локтевого отростка без смещения будет:

- А. Сгибание под углом 45°
- Б. Разгибание в локтевом суставе предплечья
- В. Сгибание под углом 135°
- Г. Максимальное сгибание предплечья
- Д. Сгибание и внутренняя ротация предплечья

293. При закрытой ручной репозиции переломо-вывиха Монтеджа до иммобилизации гипсовой лангетой следует:

- А. Вправление головки и репозиция перелома локтевой кости
- Б. Достаточно репозиции локтевой кости
- В. Достаточно вправить головку луча
- Г. Репозиция локтевой кости + вправление головки луча
- Д. Достаточно тракции по оси

294. При повреждении лучевой кости преждевременное закрытие зоны роста и развитие деформации верхней конечности наиболее вероятно в случае:

- А. Эпифизеолиза дистального эпифиза луча со значительным смещением по ширине
- Б. Перелома проксимального эпифиза
- В. Остеоэпифизеолиза со смещением
- Г. Эпифизеолиза со смещением
- Д. Сдавления ростковой зоны без существенного смещения эпифиза

295. Величина таранно-пяточного угла (Белера) в норме у детей составляет:

- А. До 10°
- Б. От 10 до 20°
- В. От 30 до 40°
- Г. От 45 до 90°
- Д. 135°

296. Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у деки встречается в:

- А. Шейном отделе
- Б. Верхне-грудном отделе
- В. Средне-грудном отделе
- Г. Нижне-грудном отделе
- Д. Поясничном отделе

297. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются:

- А. Недопущение снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- Б. Развитие многоканальности финансирования
- В. Сохранение общественного сектора здравоохранения
- Г. Увеличение кадрового потенциала
- Д. Формирование правовой базы реформ отрасли

298. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства:

- А. Только если нужна плановая операция
- Б. Только при использовании инвазивных диагностических методик (например, лапароскопия, ангиография и пр.)
- В. Если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы
- Г. Если операция будет проводиться под наркозом
- Д. Всегда

299. Основным показателем естественного движения населения являются:

- А. Рождаемость, смертность
- Б. Смертность, заболеваемость
- В. Инвалидность, смертность
- Г. Инвалидность, заболеваемость
- Д. Заболеваемость и рождаемость

300. Международная классификация болезней - это:

- А. Перечень наименований болезней в определенном порядке
- Б. Перечень диагнозов в определенном порядке
- В. Перечень симптомов, синдромов и остальных состояний, расположенных по определенному принципу
- Г. Система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями
- Д. Перечень наименований болезней, диагнозов и синдромом, расположенных в определенном порядке

Ответы к тестовым заданиям

1-Б	31-В	61-Б	91-Б	121-Б	151-Б	181-Б	211-Г	241-А	271-В
2-В	32-Г	62-В	92-Д	122-В	152-В	182-Д	212-В	242-В	272-В
3-Б	33-Г	63-Г	93-Г	123-Д	153-А	183-Д	213-А	243-Д	273-А
4-А	34-А	64-Д	94-А	124-В	154-Д	184-А	214-Д	244-А	274-Б
5-В	35-А	65-А	95-Г	125-Б	155-В	185-В	215-Г	245-Г	275-А
6-Г	36-А	66-В	96-В	126-В	156-Г	186-В	216-Г	246-А	276-А
7-Г	37-Г	67-Б	97-Б	127-Г	157-В	187-А	217-В	247-А	277-Г
8-Д	38-А	68-Б	98-В	128-Д	158-В	188-Г	218-А	248-В	278-Г
9-В	39-А	69-А	99-Г	129-В	159-Г	189-Г	219-А	249-В	279-Б
10-Д	40-А	70-Д	100-Д	130-Д	160-В	190-А	220-Г	250-Д	280-В
11-А	41-Г	71-Г	101-Г	131-В	161-Б	191-А	221-Б	251-В	281-Д
12-Б	42-Д	72-А	102-Д	132-А	162-Г	192-Б	222-В	252-Б	282-В
13-Г	43-Д	73-Б	103-А	133-Б	163-В	193-Д	223-Д	253-Г	283-Г
14-А	44-В	74-В	104-В	134-В	164-Б	194-Д	224-Б	254-А	284-Д
15-Б	45-А	75-Б	105-Б	135-Б	165-А	195-Д	225-В	255-А	285-А
16-А	46-Б	76-А	106-В	136-В	166-В	196-А	226-А	256-А	286-А
17-Д	47-А	77-Б	107-Д	137-Г	167-А	197-А	227-А	257-А	287-А
18-В	48-В	78-В	108-В	138-В	168-Б	198-Б	228-А	258-В	288-А
19-В	49-Г	79-В	109-А	139-Б	169-Г	199-А	229-А	259-Г	289-Д
20-Б	50-В	80-Г	110-В	140-В	170-Г	200-Г	230-Б	260-В	290-В
21-Г	51-Д	81-Д	111-Г	141-В	171-Б	201-В	231-А	261-Б	291-А
22-Г	52-А	82-А	112-А	142-Г	172-Б	202-А	232-Б	262-В	292-В
23-Г	53-Д	83-В	113-В	143-А	173-В	203-В	233-Д	263-А	293-А
24-Д	54-А	84-В	114-Д	144-В	174-А	204-Б	234-Б	264-В	294-Д
25-Д	55-Б	85-В	115-В	145-Д	175-В	205-Д	235-Д	265-В	295-В
26-В	56-Б	86-Б	116-Г	146-Г	176-А	206-Г	236-Б	266-Б	296-В
27-Г	57-В	87-Г	117-А	147-А	177-А	207-В	237-Б	267-В	297-Г
28-Б	58-А	88-В	118-В	148-Д	178-Б	208-В	238-Б	268-А	298-Д
29-Д	59-А	89-Г	119-Б	149-Б	179-Д	209-А	239-Б	269-В	299-А
30-Б	60-Г	90-В	120-В	150-Д	180-Г	210-Б	240-Б	270-Г	300-Г

3.2 Вопросы собеседования

1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Техника выполнения в зависимости от возраста.
2. Алгоритм оценки обзорной рентгенографии органов грудной клетки у детей.
3. Рентгеноконтрастные методы исследования.
4. Экскреторная урография.
5. Антеградная и ретроградная пиелография.
6. Цистография.
7. Уретрография (восходящая, нисходящая).
8. Ирригография.
9. Бронхография.
10. Использование эксцизионной биопсии в детской хирургии.
11. Использование инцизионной биопсии в детской хирургии.
12. Использование пункционной биопсии в детской хирургии.

13. Острая кишечная непроходимость у грудных детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль педиатра в ранней диагностике. Лечение в стационаре.
14. Синдром портальной гипертензии у детей. Этиология. Патогенез. Современные методы диагностики. Клиника. Первая помощь при желудочном кровотечении. Методы консервативного лечения. Показания к операции.
15. Повреждения селезёнки у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Органосохраняющие операции у детей.
16. Паховые грыжи у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Сроки и способы оперативного лечения.
17. Острый эпифизарный остеомиелит у детей. Профилактика заболевания. Ранняя диагностика, тактика педиатра, осложнения. Клиника. Лечение. Последствия эпифизарного остеомиелита. Реабилитация детей, перенесших эпифизарный остеомиелит.
18. Пороки развития и хирургические заболевания новорождённых, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Механизм нарушения дыхания. Методы обследования. Организация транспортировки. Показания к оперативному лечению. Интенсивная терапия.
19. Перитонит у новорожденных. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра и хирурга. Осложнения. Особенности перитонита у недоношенных детей.
20. Заболевания пупка у новорожденного. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению. Осложнения.
21. Клинические проявления заболеваний и пороков развития пищевода (халазия, ахалазия, болезнь Баррета, синдром Меллори-Вейса).
22. Деструктивные пневмонии у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения. Неотложная помощь. Интенсивная терапия. Реабилитация.
23. Синдром острой боли в животе и рвоты у детей. Причины. Врачебная тактика. Диагностика. Значение специальных методов исследования.
24. Дермоидные кисты и тератомы. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Лечение.
25. Рецидивирующая кишечная инвагинация у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Особенности лечения. Осложнения.
26. Острая дыхательная недостаточность у новорождённых при пороках развития диафрагмы. Механизм нарушения дыхания. Клиника. Диагностика. Диафрагмальные грыжи у новорождённых. Дифференциальная диагностика. Организация транспортировки в хирургическое отделение. Осложнения, интенсивная терапия и причины летальных исходов.
27. Поздняя спаечная непроходимость. Спаечная болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Особенности лечения. Осложнения. Лечение.
28. Закрытая травма живота. Классификация и клиника повреждений паренхиматозных органов. Диагностика. Лечение, неотложная помощь, показания к операции.
29. Приобретённые виды непроходимости у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Роль врача неотложной помощи. Принципы лечения.
30. Синдром Ледда. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Тактика педиатра при мелене и при рецидивирующих болях в животе.
31. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Этиология. Особенности клиники. Диагностика. Осложнения. Лечение.
32. Врождённая низкая кишечная непроходимость. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Рентгенологическое обследование. Врачебная тактика в роддомах. Основные принципы своевременной диагностики низкой непроходимости. Осложнения.
33. Острый аппендицит у детей школьного возраста. Этиология. Клиника. Дифференциальный диагноз. Дооперационные осложнения. Причины диагностических ошибок у педиатров.
34. Врожденная высокая непроходимость у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Ранняя диагностика у новорождённых. Правила рентгенологического обследования. Врачебная тактика. Способы оперативной коррекции порока. Диспансерное наблюдение.

35. Дифференциальный диагноз острого аппендицита у детей. Тактика педиатра при подозрении на аппендицит.
36. Осложнения острого аппендицита у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы исследования и лечения.
37. Ущемленные паховые грыжи у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Лечение. Осложнения (ранние и поздние). Принципы операции.
38. Перитониты у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника, врачебная тактика. Диагностика. Осложнения. Лечение.
39. Аномалии развития урахуса и желточного протока. Клинические формы. Осложнения. Диагностика. Сроки и методы лечения. Тактика врача-педиатра при длительно незаживающей пупочной ранке.
40. Первичные перитониты у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника врачебная тактика. Диагностика. Осложнения. Лечение. Показания к консервативному и оперативному лечению.
41. Дивертикул Меккеля у детей. Этиология. Классификация. Осложнения. Принципы лечения.
42. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника. Диагностика. Тактика. Лечение.
43. Флегмона кисти. Причины. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Реабилитация.
44. Пороки развития периферических сосудов (синдром Клипель-Треноне, артерио-венозные свищи, флебэктазии). Клиника. Диагностика. Показания к операции. Осложнения.
45. Острый гематогенный диафизарный остеомиелит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности течения, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Реабилитация. Роль педиатра в своевременной диагностике.
46. Пупочные грыжи у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Осложнения. Показания к консервативному лечению. Сроки оперативного лечения.
47. Острые кишечные кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы неотложной помощи. Тактика педиатра. Патогенетическое лечение.
48. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Сроки и методы лечения.
49. Диафрагмальные грыжи у новорожденных. Дифференциальная диагностика. Организация транспортировки в хирургическое отделение. Осложнения, причины летальных исходов.
50. Кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Диафрагмальные грыжи с асфиктическим ущемлением у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. Особенности транспортировки. Оперативное лечение.
52. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона новорожденных, мастит, лимфаденит, парапроктит). Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения, требующие интенсивной терапии, ее принципы. Роль педиатра в ранней диагностике гнойных заболеваний у детей.
53. Пилоростеноз и пилороспазм у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика при рвотах. Лечение. Осложнения.
54. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Дифференциальная диагностика. Методы и сроки оперативного лечения. Осложнения.
55. Пороки развития пищевода (атрезия, стенозы). Этиология. Патогенез. Клиника, ранняя диагностика. Роль педиатра в своевременной постановке диагноза порока и подготовке к операции. Помощь на догоспитальном этапе. Принципы лечения и ведения детей при этапном лечении.
56. Некротическая флегмона у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра в отделении новорожденных, на участке при подозрении на флегмону. Осложнения, в том числе, тактика интенсивной терапии. Лечение.

57. Диафрагмальные грыжи у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Принципы оперативного лечения.
58. Динамическая кишечная непроходимость у детей. Этиология. Патогенез. Виды. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
59. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Роль участкового педиатра в своевременной диагностике пилоростеноза. Методика операции, осложнения во время нее.
60. Аденофлегмоны шеи. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному и консервативному лечению. Обезболивание при операциях.
61. Грыжи пупочного канатика. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра в роддоме. Показания к консервативному и оперативному методам лечения.
62. Перитонит у новорожденных. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика педиатра и хирурга. Осложнения. Особенности перитонита у недоношенных детей.
63. Пороки ротации и фиксации “средней кишки” у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика в роддоме. Осложнения. Лечение.
64. Острый аппендицит у детей дошкольного возраста. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
65. Клинические особенности ущемленных паховых грыж у детей и взрослых, современная диагностика и врачебная тактика.
66. Различия клинической картины перитонитов у детей и взрослых, особенности врачебной тактики.
67. Переломы и вывихи пальцев кисти. Виды. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению.
68. Травма позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Роль ЛФК при повреждениях позвоночника. Реабилитация детей.
69. Переломы в локтевом суставе у детей. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
70. Черепно-мозговая травма у детей. Диагностика. Лечение. Последствия черепно-мозговой травмы. Принципы диспансерного наблюдения.
71. Вывихи костей предплечья в локтевом суставе. Виды. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
72. Переломы костей таза у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Осложнённые переломы костей таза. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к оперативному лечению.
74. Повреждения мягких тканей у детей. Способы обработки ран. Осложнения. Лечение инфицированных ран. Особенности ран лица и их обработка.
75. Акушерские переломы ключицы и другие натальные травмы, сопутствующие перелому ключицы. Клиника. Диагностика. Лечение.
76. Особенности переломов у детей. Типичные переломы. Особенности иммобилизации и обезболивания. Значения ЛФК при травматических повреждениях костей и суставов у детей.
77. Переломы верхней трети плечевой кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
78. Переломы нижнего конца плечевой кости у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.
79. Диафизарные переломы костей предплечья. Клиника. Диагностика. Лечение.
80. Эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы дистального отдела костей предплечья. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Повреждения Монтеджа. Клиника. Диагностика. Тактика в остром периоде и при обнаружении неблагоприятных последствий. Меры профилактики осложнений. Лечение.
82. Подвывих головки лучевой кости у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
83. Переломы бедра у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Показания к оперативному лечению. 22. Акушерские переломы бедра. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.
84. Переломы костей голени у детей. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

85. Переломы пяточной кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Переломы таранной кости у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев стопы у детей.
88. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клинические формы. Диагностика.
89. Принципы консервативного ведения и хирургического лечения болезни Гиршпрунга. Осложнения до и после операции. Диспансерное наблюдение.
100. Болезнь Гиршпрунга у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
101. Тактика врач-педиатра при разных формах пороков развития прямой кишки. Особенности диагностики порока в роддоме.
102. Роль врача-педиатра при пороках развития анального отверстия. Сроки и методы лечения.
103. Врачебная тактика при кровотечениях из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Дифференциальная диагностика.

3.3. Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм определение группы крови и резус-фактора.
2. Алгоритм наложения кровоостанавливающего жгута.
3. Алгоритм пальцевого ректального исследования.
4. Алгоритм выполнения сифонной клизмы.
5. Алгоритм зондирования и промывания желудка.
6. Алгоритм катетеризации мочевого пузыря.
7. Алгоритм плевральной пункции.
8. Алгоритм наложения узловых швов на рану.
9. Алгоритм пункционной биопсии.
10. Алгоритм закрытого массажа сердца.
11. Алгоритм искусственной вентиляции лёгких.
12. Алгоритм правления вывиха плеча.
13. Алгоритм вправления вывиха в локтевом суставе.
14. Алгоритм правления вывиха бедра.
15. Алгоритм наложения гипсовой повязки.
16. Алгоритм надлобковой пункции мочевого пузыря.
17. Алгоритм закрытой троакарной надлобковой эпицистостомии.
18. Алгоритм влагилицного исследования.
19. Алгоритм пункции заднего свода rectum.
20. Алгоритм ассистенции при открытых хирургических вмешательствах.
21. Алгоритм ассистенции при эндоскопических хирургических вмешательствах.

3.4. Ситуационные задачи

Задача 1.

В отделение поступил ребёнок трех лет. С рождения у него наблюдается задержка стула, через 3-4 дня мать делает клизмы. Мальчик отстает от своих сверстников в физическом развитии. Отмечается бледность кожных покровов, асимметричное увеличение живота в размерах живота.

1. Ваш предположительный диагноз
2. В чём суть заболевания?
3. Какие дополнительные его симптомы нужно попытаться найти при клиническом обследовании живота.
4. Какие дополнительные методы исследования и полученные при этом данные помогут подтвердить диагноз?

5. Какова тактика лечения
6. Принципы хирургических вмешательств?

Ответ:

1. Предположительный диагноз - болезнь Гиршпрунга.
2. Его суть во врожденном дефиците ауэрбаховских нервных ганглиев в ректосигмоидном отделе толстой кишки, в силу этого этот участок кишки не перистальтирует и становится причиной стойких запоров и хронической частичной непроходимости кишки.
3. Попытаться определить при пальпации наличие каловых завалов или каловых "камней" в толстой кишке, увидеть при раздражении брюшной стенки участки видимой усиленной перистальтики кишки.
4. Надо сделать ирригографию. На снимках можно увидеть спазмированный участок ректосигмоидного отдела толстой кишки, который воронкообразно расширяясь переходит в мегаколон.
5. Оперативное лечение в 3 этапа: 1 этап - накладывается противоестественный анус ободочную кишку, 2 - основной этап 3 - закрытие противоестественного ануса после формирования хорошо функционирующего колоректального анастомоза.
6. Лечение состоит в резекции ректосигмоидного отдела толстой кишки с наложением колоректального анастомоза по Свенсону, Соаве или Дюамелю. Оно проводится детям после одного года.

Задача 2.

Больной 14 лет имеет длительно незаживающий свищ в верхней трети бедра. В анамнезе - перенесенный острый гематогенный остеомиелит плеча, оперирован. Температура нормальная. На наружной поверхности плеча имеется втянутый рубец со свищем в центре, с гнойным отделяемым из него. Инфильтрации мягких тканей и определяемых клинически гнойных затеков нет. Анализ крови без особенностей. 1. Ваш диагноз?

2. Как его подтвердить?
3. Какие патогномичные симптомы нужно при этом найти?
4. Каковы принципы лечения этого заболевания?
5. Когда возможно проведение оперативного лечения?
6. Как долго продолжается восстановительный период и какие меры реабилитационного лечения потребует больной?

Ответ:

1. Хронический гематогенный остеомиелит.
2. Назначить общий анализ крови, рентгенограмму бедра в двух проекциях.
3. В анализе крови диагноз будет подтверждать увеличение СОЭ. На рентгенограммах будет виден костный секвестр, располагающийся в секвестральной коробке. В случае выраженного склероза кости, на фоне которого они не просматриваются, их можно определить путём проведения фистулографии.
4. Лечение оперативное. Оно заключается в удалении секвестра вместе с секвестральной коробкой в пределах здоровых участков кости и с сохранением надкостницы, которая сшивается над образовавшимся дефектом.
5. Сроки операции подбираются по рентгенограммам: должна исчезнуть периостальная реакция, остеопороз кости должен смениться остеосклерозом. После операции создаётся иммобилизация конечности гипсовой повязкой до заполнения послеоперационного дефекта кости вновь образованной костной тканью.
6. Восстановительный период продолжается до 1-2 лет. Восстановительное лечение включает физиотерапию - электрофорез кальция и фосфора на конечность, приём препаратов кальция через рот, желателен курс санаторно-курортного лечения на грязевых курортах. После снятия гипсовой повязки - лечебная физкультура и массаж, направленные на ликвидацию

тугоподвижности в суставах и восстановление массы и тонуса мышц. При воспалительных изменениях в анализе крови показаны курсы антибактериального лечения.

Задача 3.

Мальчик 3 лет поступил с жалобами на боли внизу живота, температуру до 39. Заболел остро сутки назад. Заболевание началось с болей в животе, дважды была рвота. Сегодня присоединился частый жидкий стул со слизью и с тенезмами. Мочится с болями, часто и понемногу.

1. Ваше мнение о диагнозе?
2. Что позволяет подтвердить диагноз?
3. Диагноз каких заболеваний ошибочно устанавливают при такой клинической картине?
4. Как провести дифференциальный диагноз?
5. Какой оперативный доступ используется в данном случае

Ответ:

1. У ребёнка тазовый аппендицит.
2. Основной приём дифференциальной диагностики - ректальное пальцевое исследование.
3. Обычно устанавливают ошибочные диагнозы острой дизентерии или острого цистита.
4. Для острой дизентерии и острого цистита не характерен высокий, как при тазовом аппендиците, лейкоцитоз. При остром цистите - выраженная лейкоцитурия, не характерная для тазового аппендицита. Сочетание частого и болезненного мочеиспускания и частого жидкого стула не характерно ни для дизентерии, ни для цистита, оно встречается только при воспалительном процессе в полости малого таза.
5. Доступ МакБурнея-Волковича-Дьяконова.

Задача 4.

У новорожденного с первых минут после рождения отмечено обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны.

1. О каком пороке развития у новорождённого следует прежде всего подумать?
2. Как его исключить или подтвердить?
3. Чем грозит несвоевременное установление диагноза и непринятие мер по его адекватному лечению?
4. По каким признакам можно заподозрить порок, если не принят во внимание указанный выше признак?
5. Каковы действия врача родильного дома по установлению диагноза порока?
6. Принципы лечения порока?

Ответ:

1. Нужно подумать об атрезии пищевода.
2. Подтвердить или исключить его можно попыткой введения зонда в желудок.
3. Развитием и быстрым прогрессированием аспирационной пневмонии.
4. Быстрым нарастанием количества влажных хрипов в лёгких и эпизодами аспирации при попытке прикладывания ребёнка к груди.
5. Перевод ребёнка в детское хирургическое отделение. До перевода необходимо принять меры по предотвращению аспирации слюны в дыхательные пути -организовать отсасывание слюны и слизи из полости рта и глотки через каждые 15 минут, продолжать это и в период транспортировки, потому она должна осуществляться медсестрой или врачом. С ребёнком нужно направить выписку из истории родов, согласие матери на операцию и справку о рождении.
6. При поступлении в детское хирургическое отделение ребёнку проводится рентгенологическое исследование пищевода с контрастом для определения уровня атрезии и

наличия трахеопищеводного свища. Проводится предоперационная подготовка, направленная на профилактику аспирации и лечение аспирационной пневмонии, парентеральное питание. Вид операции зависит от характера порока. В большинстве случаев она заключается в правосторонней экстраплевральной торакотомии, перевязке и пересечении нижнего трахеопищеводного свища, наложении прямого анастомоза между концами пищевода. При большом диастазе между ними и невозможности наложить прямой анастомоз накладывается шейная эзофагостома и гастростома. В последующем проводится пластика пищевода сегментом кишки.

Задача 5.

У ребёнка 5 месяцев ночью внезапно появились приступы двигательного беспокойства, сопровождавшиеся резким пронзительным криком с рвотой на высоте приступа. К утру приступы стали реже, но был жидкий кровавый стул. Родители обратились в поликлинику через 8 часов от начала заболевания. В правом подреберье педиатр нащупал очень подвижное, слегка болезненное опухолевидное образование размерами 3х2 см.

1. Ваш диагноз?
2. На основании каких признаков Вы его ставите, достаточно ли их наличие для установления диагноза?
3. Тактика врача-педиатра поликлиники.
4. Какова тактика лечения?
5. Показания к оперативному лечению
6. Суть оперативных вмешательств.

Ответ:

1. Инвагинация кишечника, стадия сформировавшегося инвагината.
2. При описанной клинической картине диагноз не вызывает сомнений. Имеются 2 безусловных признака инвагинации: с-м «малинового желе» и пальпируемый инфильтрат. Никаких диагностических и лечебных мероприятий в поликлинике не должно производиться.
3. Больной подлежит срочной госпитализации в детский хирургический стационар.
4. В начальной стадии и стадии сформировавшегося инвагината лечение заключается в дезинвагинации, которую производят под наркозом воздушной клизмой под контролем УЗИ или лапароскопа, а при невозможности - под контролем рентгеновского экрана.
5. Показания к операции: осложнения, безуспешность консервативной дезинвагинации, неясность анамнеза, возраст старше 1 года, выпадение инвагината из прямой кишки.
6. При неосложненной инвагинации - дезинвагинация, при осложнениях - резекция кишки с инвагинатом.

Задача 6.

У ребёнка 2 недель, находящегося в детском отделении по поводу стафилококковой пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

1. О каком осложнении пневмонии идёт речь?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимы для его подтверждения?
3. Какие их результаты следует ожидать?
4. Транспортабелен ли ребёнок с этим осложнением из района области?
5. В чём заключается экстренная помощь?
6. Какова тактика дальнейшего лечения ребёнка?

Ответ:

1. Речь идёт о деструктивной пневмонии, осложнённой напряжённым пиопневмотораксом.
2. Наличие осложнения подтверждается обзорной рентгенограммой грудной клетки в 2 проекциях.
3. На рентгенограмме будет виден широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, поджатое к корню лёгкое, воздух снаружи от него, смещение средостения в противоположную сторону.
4. Нетранспортабелен до оказания адекватной хирургической помощи.
5. Она заключается в проведении экстренного торакоцентеза с установлением в плевральную полость трубчатого перфорированного дренажа с подключением его к системе пассивного подводного дренирования по Бюлау.
6. В дальнейшем продолжается комплексное интенсивное лечение деструктивной пневмонии. После прекращения поступления по дренажу гноя и воздуха и расправления лёгкого по рентгенограмме, дренаж пережимается, через сутки повторяется рентгенограмма - если лёгкое при этом осталось расправленным, то дренаж удаляют.

Задача 7.

Девочка в возрасте 2 недель заболела остро. Вчера появилось беспокойство, температура тела поднялась до 39 градусов, исчез аппетит. Обе молочные железы увеличены в размерах до 2.5 см в диаметре, плотные. Увеличение и уплотнение желёз отмечается в течение недели. 2 дня назад знакомая медицинская сестра пыталась выдавить из желёз молозиво, ей удалось его получить из обеих желёз. Вчера в нижней полуокружности правой молочной железы появилась гиперемия кожи и припухлость. Мать обратилась к врачу на следующий день, при этом врач выявил в зоне поражения флюктуацию.

1. Ваш диагноз?
2. С чем связано увеличение молочных желёз у ребёнка?
3. С чем связано возникшее осложнение?
4. Каков объем лечения?
5. Нуждается ли ребёнок в стационарном лечении?
6. Чем опасно промедление с хирургическим лечением?»

Ответ:

1. Острый гнойный мастит новорожденного.
2. Это физиологическое нагрубание молочных желёз при так называемом "половом кризе" у новорожденных детей, наступающем на 3 неделе жизни.
3. С гематогенным или контактным инфицированием железы, а также её травмированием при попытках выдавливать молозиво, которые не следует предпринимать.
4. Лечение заключается в возможно раннем вскрытии и дренировании гнойника разрезом в секторальном направлении, назначении антибактериального и физиотерапевтического лечения.
5. Лечение проводится в хирургическом отделении.
6. Кроме опасности генерализации гнойного процесса, к которому склонны новорожденные дети, промедление с разрезом у девочек может привести к гнойной деструкции молочного зачатка железы и его гибели, что заканчивается в последующем неразвитием железы у женщин.

Задача 8.

У новорожденного доношенного ребёнка в течение 24-х часов не отходил меконий. Обеспокоенный педиатр-неонатолог родильного дома осмотрел ребёнка и обнаружил отсутствие анального отверстия. Живот у ребёнка вздут, через брюшную стенку контурируют раздутые петли кишечника. Ребёнок срочно направлен в детское хирургическое отделение.

1. Ваш диагноз?
2. Своевременно ли он установлен?

3. Допущены ли врачебные ошибки?
4. Какие дополнительные данные нужны для выбора метода оперативной коррекции порока, как их получить.
5. В чём суть оперативных вмешательств?
6. Когда они производятся?

Ответ:

1. Атрезия анального отверстия, низкая врождённая кишечная непроходимость.
2. Несвоевременно. Он должен быть установлен сразу при рождении путём осмотра анальной области до развития симптомов низкой кишечной непроходимости и сопутствующих ей симптомов интоксикации.
3. Врачебной ошибкой является то, что новорожденный не был осмотрен при рождении на наличие всех физиологических отверстий, что привело к поздней диагностике.
4. Нужно определить высоту атрезии, от которой зависит тактика лечения. Её можно установить с помощью инвертограммы (обзорной рентгенографии брюшной полости в вертикальном положении вверх ногами) по Вангенстину-Райсу или с помощью УЗИ.
5. При низкой (подлеваторной) форме атрезии проводится операция промежностной проктопластики в первые дни жизни ребёнка. При более высоких атрезиях - накладывается противоестественный анус на поперечную ободочную кишку.
6. Вопрос о коррекции порока решается в возрасте ребёнка старше одного года.

Задача 9.

У ребёнка в первые часы после рождения появилась обильная рвота зеленью. После кормления рвота усиливается. Общее состояние в первые сутки страдало мало, затем появилась вялость, адинамия, нарастало обезвоживание, за сутки ребёнок потерял в весе 250 г, мочеиспускание 6 раз в сутки, дважды отмечено отхождение скудного, сероватого мекония. Врач-неонатолог родильного дома при осмотре отметил выраженные признаки обезвоживания (сухая морщинистая кожа, западающие глазные яблоки и родничок, сухие слизистые). Живот мягкий, вздут в эпигастрии, после рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота западают. В анализах крови - гипохлоремия, сгущение крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости, сделанной при вертикальном положении ребёнка, отчетливо видны два горизонтальных уровня жидкости, газ в кишечнике отсутствует.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Нужны ли ещё какие-либо дополнительные методы исследования для его подтверждения?
3. Тактика врача родильного дома?
4. Каковы условия транспортировки?
5. В чем заключается предоперационная подготовка?
6. Какова ее продолжительность?

Ответ:

1. Высокая врождённая кишечная непроходимость.
2. Не нужны.
3. Срочная госпитализация ребёнка в детское хирургическое отделение.
4. Если транспортировка предстоит длительная, то необходимо на месте провести коррекцию дегидратации путём назначения инфузионной терапии. Основными условиями транспортировки являются сопровождение медицинского работника, наличие постоянного зонда в желудке, предупреждение охлаждения ребёнка и представление необходимой документации (выписки из истории родов, справки о рождении и письменного согласия матери на операцию).
5. Основным мероприятием предоперационной подготовки является установление постоянного зонда в желудок для предотвращения рвоты и аспирации рвотных масс, упомянутое выше проведение регидратации ребёнка.

6. Основной принцип: ребенок должен быть оперирован тогда, когда он будет полностью готов к проведению операции

Задача 10.

У новорожденного ребёнка в области правой теменной кости обнаружена припухлость мягких тканей. Кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно «опухоль» тестоватой консистенции, у основания «опухоли» прощупывается окружающий её плотный вал. Инструментальных пособий в родах в данном случае не проводилось.

Поставить клинический диагноз. С каким заболеванием целесообразно провести дифференциальную диагностику?

Ответ: диагноз: кефалогематома правой теменной области. Дифференциальный диагноз: субапоневротическая гематома, перлом костей свода черепа? В данном случае показаны нейросонография, краниография, тщательное исследование неврологического статуса

Задача 11.

У новорожденного ребёнка в теменной области обнаружена припухлость мягких тканей. Кожа над припухлостью не изменена. Пальпаторно «опухоль» тестоватой консистенции, пульсирует. В данном клиническом случае в родах проводилось инструментальное пособие.

Поставить клинический диагноз. С каким заболеванием целесообразно провести дифференциальную диагностику?

Ответ: диагноз: кефалогематома теменной области? Дифференциальный диагноз: мозговая грыжа? Показаны нейросонография, краниография, тщательное исследование неврологического статуса.

Задача 12.

Ребёнок 3 лет во время игры с большим количеством игрушек вдруг стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребёнок после этого стал жаловаться на боль в груди (показывает рукой). Осмотр ребёнка врачом: отмечается незначительное слюнотечение, осмотр и пальпация живота – без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.

Поставить клинический диагноз. Определить методы лечения.

Ответ: Диагноз: подозрение на инородное тело пищевода. Лечение: показана немедленная госпитализация в детский хирургический стационар.

Задача 13.

Больной 13 лет предъявляет жалобы на болезненный акт дефекации, запор. При опросе ребёнка установлено, что накануне он баловался со сверстниками – плевались друг в друга нагрудными значками (изображали ниндзя). Факт проглатывания значка ни отвергнуть, ни подтвердить уверенно не может. Однако отмечает, что во время баловства испытал чувство «комка в горле», но не обратил на это внимание. Объективно: состояние удовлетворительное, осмотр и пальпация живота – без патологических изменений. Осмотрен per rectum: ощущение наличия твёрдого инородного тела с острыми краями, подвижка которого вызывает у больного умеренно болезненные ощущения.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

Ответ: Диагноз: инородное тело (нагрудный значок?) прямой кишки. Лечебная тактика: направление в хирургический стационар для удаления инородного тела.

Задача 14.

Подросток 14 лет катался на мотоцикле, не справился с управлением и ударился правой стороной о дерево и упал вместе с мотоциклом на землю. После падения почувствовал сильную

боль в области правого коленного сустава, не смог наступать на правую ногу.

Данные осмотра: выявляется штыкообразная деформация правой нижней конечности на уровне коленного сустава с направлением вершины деформации кзади. Активные движения в коленном суставе невозможны. При пальпации отмечается нарушение анатомического соотношения мыщелка бедра и голени – проксимальный конец голени пальпаторно определяется кзади от мыщелка бедра и смещённым кверху.

Вы врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объём неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Ответ: диагноз: подозрение на закрытый вывих правой голени. Необходимо проверить сохранность пульса и чувствительности на нижней конечности. Травмированную конечность следует иммобилизовать транспортной шиной (шиной Крамера) от пальцев стопы до верхней трети бедра, ввести обезболивающие препараты. Показана госпитализация в специализированный детский хирургический стационар. Лечение: после предварительной диагностической рентгенографии, показано вправление вывиха голени под общим обезболиванием.

Задача 15.

Мальчик 15 лет помогал отцу строить дачу, неудачно спрыгнул с лесов на штабель досок с опорой на левую стопу, упал на землю. После падения почувствовал сильную боль в стопе, не смог на неё наступать.

Данные осмотра: левая стопа деформирована, она кажется укороченной, в сравнении с правой стопой, и расширена в переднем отделе. Выполнена рентгенография стопы в прямой и боковой проекциях: определяется смещение оснований плюсневых костей в тыльную сторону (кверху относительно костей предплюсны), с небольшим захождением последних за верхний край костей предплюсны.

Ваш диагноз, тактика лечения?

Ответ: диагноз: закрытый вывих плюсневых костей левой стопы в суставе Лисфранка в тыльную сторону. Лечение: показаны закрытое вправление вывиха под общим обезболиванием и иммобилизация стопы гипсовым «сапожком» (гипсовую повязку рассекают по передней поверхности и отжимают края). В дальнейшем рекомендуют использование супинатора в течение одного год.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к

самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«**Удовлетворительно**» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знанием для их устранения под руководством преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3. Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«**Отлично**» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«**Хорошо**» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«**Удовлетворительно**» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибка в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«**Неудовлетворительно**» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4. Критерии оценивания задачи:

«**Отлично**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«**Хорошо**» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«**Удовлетворительно**» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

**Лист согласования
дополнений и изменений
к комплекту ФОС_д/ ФОС_п/ ФОС_{гИА} на _____ учебный год**

Дополнения и изменения к комплекту ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} на
_____ учебный год по

дисциплине _____ /
практике _____ /
государственной итоговой аттестации
по специальности _____

В комплект ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} внесены следующие изменения:

Дополнения и изменения в комплекте ФОС_д / ФОС_п / ФОС_{гИА} обсуждены на заседании
кафедры _____

« _____ » _____ 20 _____ г. (протокол № _____).

Заведующий кафедрой (для ФОС_д / ФОС_п) _____ / _____ /

Заведующий профильной кафедрой (для ФОС_{гИА}) _____ / _____ /