

**Оценочные средства для проведения аттестации  
по дисциплине «Детская хирургия»  
для обучающихся 2019 года поступления  
по образовательной программе  
31.05.02 Педиатрия  
специальность Педиатрия (специалитет)  
форма обучения очная  
2024-2025 учебный год**

**Промежуточная аттестация включает в себя следующие типы заданий:**

**1 этап: тестовый контроль (50 тестовых вопросов)**

**2 этап: собеседование по вопросам экзаменационного билета, решение клинической ситуационной задачи.**

**Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины:**

**Общепрофессиональные компетенции:**

ОПК-1 - Способность реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.

ОПК-7 - Способность назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности.

ОПК-9 - Способность реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности.

**Профессиональные компетенции:**

ПК-5 - Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

ПК-6 - Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43 - ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

ПК-8 - Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.

ПК-9 - Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

ПК-10 - Готовность к оказанию первичной медико - санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи.

ПК-11 – Готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи детям при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

ПК-20 - Готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины, способность к участию в проведении научных исследований, участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

Таблица 1

## Критерии оценки уровня усвоения материала дисциплины и сформированности компетенций

Характеристика ответа	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося. Обучающийся демонстрирует высокий продвинутый уровень сформированности компетентности. Промежуточная аттестация пройдена.	A	100-96	ВЫСОКИЙ
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа. Обучающийся демонстрирует высокий уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация пройдена.	B	95-91	

Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные обучающимся с помощью преподавателя. Обучающийся демонстрирует средний повышенный уровень сформированности компетентности. Промежуточная аттестация пройдена.	C	90-81	СРЕДНИЙ
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. Обучающийся демонстрирует средний достаточный уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация пройдена.	D	80-76	
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые обучающийся затрудняется исправить самостоятельно. Обучающийся демонстрирует низкий уровень сформированности компетентности. Промежуточная аттестация пройдена.	E	75-71	НИЗКИЙ

Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Обучающийся демонстрирует крайне низкий уровень сформированности компетентности. Промежуточная аттестация пройдена.	Е	70-66	
Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений, вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей. В ответе отсутствуют выводы. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Обучающийся демонстрирует пороговый уровень сформированности компетенций. Промежуточная аттестация пройдена.	Е	65-61	ПОРОГОВЫЙ
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины. Компетентность отсутствует. Промежуточная аттестация не пройдена.	Fx	60-41	КОМПЕТЕНТНОСТЬ ОТСУТСТВУЕТ
Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины. Обучающийся не демонстрирует индикаторов достижения формирования компетенций. Компетентность отсутствует. Промежуточная аттестация не пройдена.	F	40-0	

Таблица 2

<i>Вопросы для 1 этапа промежуточной аттестации (тестовый контроль)</i>
<b>Неотложная абдоминальная и гнойная хирургия</b>
Червеобразный отросток - это: а. рудимент б функциональный органв порок развития г аномалия д вариант развития
Причина возникновения острого аппендицита: а повышение давления в просвете отростка б ангионевротические расстройства в нарушение иммунологического состояния организма особенности пищевого режима д любой из перечисленных факторов или их комбинация

<p>При подозрении на аппендицит ректальное исследование:</p> <p><b>а</b> обязательно</p> <p><b>б</b> не обязательно</p> <p><b>в</b> у детей младшего возраста у девочек</p> <p><b>д</b> в зависимости от клиники</p>
<p>При аппендиците типичный характер стула:</p> <p><b>а</b> запоры</p> <p><b>б</b> понос</p> <p><b>в</b> нормальный</p> <p><b>г</b> каловый завал</p> <p><b>д</b> любой из перечисленных</p>
<p>Симптом Ситковского при остром аппендиците называется:</p> <p><b>а</b> усиление болей при расположении на левом боку</p> <p><b>б</b> появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного</p> <p><b>в</b> усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области</p> <p><b>г</b> усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки</p> <p><b>д</b> правое яичко расположено выше левого</p>
<p>Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:</p> <p><b>а</b> умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево</p> <p><b>б</b> гиперлейкоцитоз</p> <p><b>в</b> лейкопения</p> <p><b>г</b> отсутствие изменений <b>д</b> ускорение СОЭ</p>
<p>Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн-Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:</p> <p><b>а</b> болезненное опухание суставов</p> <p><b>б</b> геморрагические высыпания на коже гематурия, альбуминурия</p> <p><b>г</b> появление точечных кровоизлияний после щипка кожи <b>д</b> комбинация перечисленных симптомов</p>
<p>Типичным признаком острого энтероколита при болевом абдоминальном синдроме является:</p> <p><b>а</b> погрешность в диете</p> <p><b>б</b> учащенный стул, урчание в животе, умеренное его вздутие <b>в</b> болезненность при пальпации по ходу ободочной кишки</p> <p><b>г</b> отсутствие перитонеального признака</p> <p><b>д</b> комбинация перечисленных симптомов</p>
<p>У ребенка клиническая картина характерна для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:</p> <p><b>а</b> наблюдение</p> <p><b>б</b> срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области</p> <p><b>в</b> лапароскопия</p> <p><b>г</b> назначение антибактериальной терапии</p> <p><b>д</b> перевод больного в терапевтическое отделение</p>

<p>Из перечисленных заболеваний, сопровождающихся почечной коликой, может симулировать острый аппендицит:</p> <p>а опухоль правой почки б мочекаменная болезнь в нефроптоз  г острый пиелонефрит  д любое из перечисленных</p>
<p>Из перечисленных заболеваний может симулировать острый аппендицит:</p> <p>а орхоэпидидимит  б перекрут гидатиды яичка в перекрут яичка  г правосторонний фуникулит  д любое из перечисленных</p>
<p>Основной путь улучшения результатов лечения больных с острым аппендицитом:</p> <p>а повышение уровня подготовки врачей-хирургов  б повышение уровня знаний смежных специалистов  в совершенствование уровня знаний врачей скорой и неотложной помощи  г совершенствование санитарно - просветительской работы  д комплекс перечисленных мероприятий</p>
<p>Больной острым аппендицитом в постели занимает положение:</p> <p>а на спине  б на животе  в на правом боку с приведенными ногами г на левом боку  д сидя</p>
<p>Для больного с абдоминальным болевым синдромом при вирусном гепатите характерны:</p> <p>а диспептические расстройства, артралгия, анорексия, слабость, катаральные явления  б гепатомегалия  в лейкопения, лимфоцитоз  г повышение активности ферментов в сыворотке крови  д комплекс перечисленных признаков</p>
<p>Для больного с абдоминальным болевым синдромом в продромальном периоде кори характерны:</p> <p>а гипертермия  б конъюнктивит, светобоязнь  в наличие пятен Коплика на слизистых  г головная боль, носовое кровотечение, раздражительность  д все перечисленные признаки</p>

Трехлетний ребенок госпитализирован 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

Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившем 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

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 лапароскопия
- д динамическое наблюдение

У больного с сахарным диабетом неясная картина острогааппендицита. Уточнить диагноз позволяет:

- а наблюдение
- б** консервативное лечение
- в** лапароскопия
- г лапаротомия в правой подвздошной области
- д срединная лапаротомия

<p>Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:</p> <p>а локальная боль и рвота</p> <p>б напряжение мышц брюшной стенки и рвота</p> <p><b>в</b> напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность</p> <p>Щеткина и рвота</p> <p>д жидкий стул и рвота</p>
<p>У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:</p> <p><b>а</b> одномоментное введение антибиотиков</p> <p>б резиновый выпускник</p> <p>в марлевый тампон</p> <p>г промывание брюшной полости</p> <p>д тампон Микулича</p>
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:</p> <p><b>а</b> одномоментное введение антибиотиков</p> <p><b>б</b> резиновый выпускник</p> <p>в марлевый тампон</p> <p>г промывание брюшной полости</p> <p>д тампон Микулича</p>
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:</p> <p><b>а</b> микроирригатор</p> <p><b>б</b> промывание брюшной полости</p> <p>в марлевый тампон</p> <p><b>г</b> тампон Микулича</p> <p>д резиновый выпускник</p>
<p>У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:</p> <p><b>а</b> стационарное наблюдение</p> <p><b>б</b> амбулаторное наблюдение</p> <p><b>в</b> антибиотики, физиотерапия, наблюдение</p> <p><b>г</b> срочная операция</p> <p>д операция в плановом порядке</p>
<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибриновые наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:</p> <p><b>а</b> одномоментной санацией брюшной полости путем промывания</p> <p>б лаважом брюшной полости после операции</p> <p>в лапаростомией</p> <p>г ввести микроирригаторы</p> <p>д дренирование брюшной полости в подвздошных областях</p>

<p>У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Гнойный выпот во всех отделах брюшной полости. Межпетлевые гнойники. Выраженные фибринозные наложения и инфильтрация тканей. Выраженный парез кишечника. Ему следует выполнить:</p> <p>а лаваж брюшной полости после операции</p> <p><b>б</b> лапаростомию</p> <p>в одномоментную санацию брюшной полости путем промывания</p> <p>г аппендэктомию, перидуральную анестезию</p> <p>д дренирование брюшной полости в подвздошных областях</p>
<p>Оптимальной комбинацией антибактериальных препаратов после операции по поводу тяжелой формы аппендикулярного перитонита является:</p> <p>а пенициллин и канамицин</p> <p><b>б</b> ампициллин и гентамицин</p> <p>в цефалоспорины и аминогликозиды</p> <p>г цефалоспорины и трихопол</p> <p>д цефалоспорины, гентамицин и трихопол</p>
<p>Холодный аппендикулярный инфильтрат обнаружен во время операции. Операция должна быть закончена</p> <p>а разделение инфильтрата, аппендэктомией</p> <p><b>б</b> марлевым тампоном к инфильтрату</p> <p>в микроирригатором</p> <p>г резиновым выпускником</p> <p>д ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции</p>
<p>Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания - 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:</p> <p>а аппендэктомия обычным способом</p> <p><b>б</b> отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей</p> <p><b>в</b> аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника</p> <p>г отказ от аппендэктомии, оставление местно микроирригатора</p> <p>д пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование</p>
<p>У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана:</p> <p>а срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости</p> <p><b>б</b> ревизия через доступ в правой подвздошной области</p> <p>в наблюдение, проведение консервативных мероприятий</p> <p>г лапароцентез</p> <p>д лапароскопия</p>
<p><b>Плановая хирургия</b></p>



<p>Паховая грыжа формируется:</p> <p>А. на 2-3 неделе эмбрионального развития</p> <p>Б. на 7-8 неделе эмбрионального развития</p> <p>В. на 5-6 месяце эмбрионального развития</p> <p>Г. на 7-8 месяце эмбрионального развития</p> <p>Д. может формироваться на любом этапе</p>
<p>Основным этиологическим фактором, обуславливающим формирование паховой грыжи, является:</p> <p>А. слабость апоневроза наружной косой мышцы живота</p> <p>Б. чрезмерные физические нагрузки</p> <p>В. повышение внутрибрюшного давления</p> <p>Г. слабость поперечной фасции</p> <p>Д. нарушение развития мезенхимальной ткани</p>
<p>Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:</p> <p>А. тошнота и рвота</p> <p>Б. подъем температуры</p> <p>В. эластическое выпячивание в паховой области</p> <p>Г. боли в животе</p> <p>Д. плохой аппетит</p>
<p>Дифференциальную диагностику пахово-мошоночной грыжи чаще всего приходится проводить:</p> <p>А. с орхитом</p> <p>Б. с водянкой оболочек яичка</p> <p>В. с варикоцеле</p> <p>Г. с перекрутом гидатиды</p> <p>Д. с орхоэпидидимитом</p>
<p>Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:</p> <p>А. частое ущемление</p> <p>Б. возраст после двух лет</p> <p>В. установление диагноза</p> <p>Г. возраст после 5 лет</p> <p>Д. диаметр выпячивания свыше 3 см</p>
<p>Оптимальным сроком оперативного лечения паховой грыжи является возраст:</p> <p>А. сразу после установления диагноза</p> <p>Б. до 6 мес</p> <p>В. 1-3 года</p> <p>Г. старше 6 лет</p> <p>Д. старше 10 лет</p>
<p>Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:</p> <p>А. у девочек</p> <p>Б. у мальчиков</p> <p>В. у больных старше 2-х лет</p> <p>Г. при часто ущемляющейся независимо от возраста</p> <p>Д. у больных старше 5 лет</p>

<p>В послеоперационный период после грыжесечения необходимы:</p> <p>А. физиотерапия  Б. массаж  В. щадящий режим 2 недели  Г. ограничение физической нагрузки на 1 год  Д. постельный режим на 1 неделю</p>
<p>Осложнения после грыжесечения обусловлены:</p> <p>А. техническими погрешностями  Б. возрастом ребенка  В. степенью диспластических изменений  Г. сопутствующими пороками  Д. операцией по экстренным показаниям</p>
<p>Прогноз при грыжесечении благоприятен в зависимости:</p> <p>А. от возраста ребенка  Б. от сопутствующих пороков  В. от опыта хирурга  Г. от операции в плановом или экстренном порядке  Д. от пола ребенка</p>
<p>Ненапряженная водянка оболочек яичка у больного 1,5 лет обусловлена:</p> <p>А. повышением внутрибрюшным давлением  Б. диспропорцией кровеносной и лимфатической системы  В. травмой пахово-мошоночной области  Г. незаращением вагинального отростка  Д. инфекцией мочевыводящих путей</p>
<p>Выделяют все следующие варианты водянки оболочек яичка:</p> <p>А. сообщающиеся  Б. несообщающиеся  В. Посттравматической  Г. физиологической  Д. остро возникшей</p>
<p>Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:</p> <p>А. появление припухлости в одной половине мошонки  Б. ухудшение общего состояния  В. подъем температуры  Г. резкая болезненность  Д. гиперемия мошонки</p>
<p>Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка производится со всеми следующими заболеваниями, кроме:</p> <p>А. паховой грыжи  Б. крипторхизма  В. перекрута семенного канатика и некроза яичка  Г. пахового лимфаденита  Д. варикоцеле</p>

<p>Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного 1,5 лет предусматривает:</p> <p>А. оперативное лечение в плановом порядке</p> <p>Б. наблюдение до 3-4 лет</p> <p>В. наблюдение до 1,5-2 лет и решение вопроса о плановой операции</p> <p>Г. пункцию</p> <p>Д. экстренную операцию</p>
<p>Показанием к операции Венкельмана является:</p> <p>А. водянка у ребенка старшего возраста, возникшая впервые</p> <p>Б. мутная водяночная жидкость</p> <p>В. изменение оболочки яичка</p> <p>Г. облитерированный вагинальный отросток</p> <p>Д. все перечисленное</p>
<p>В послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка необходимы:</p> <p>А. физиотерапия</p> <p>Б. массаж</p> <p>В. обычный образ жизни</p> <p>Г. ограничение физической нагрузки на 1 год</p> <p>Д. постельный режим</p>
<p>Осложнения в послеоперационном периоде по поводу водянки оболочек яичка обусловлены:</p> <p>А. возрастом ребенка</p> <p>Б. сопутствующими пороками</p> <p>В. запоздалой операцией</p> <p>Г. техническими погрешностями</p> <p>Д. патологией верхних мочевыводящих путей</p>
<p>Прогноз после операции по поводу водянки оболочек яичка у детей старше 7 лет обусловлен:</p> <p>А. видом оперативного вмешательства</p> <p>Б. предшествующей гормональной терапией</p> <p>В. попыткой лечения пункционным способом</p> <p>Г. сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы</p>
<p><b>Травматология и ортопедия</b></p>
<p>Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является:</p> <p>А. дисплазия тазобедренного сустава</p> <p>Б. врожденная косорукость</p> <p>С. амниотические перетяжки</p> <p>Д. патологический вывих бедра</p> <p>Е. болезнь Клиппеля-Фейля</p>

<p>Из видов травматизма в детском возрасте преобладает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. бытовой</li> <li>B. уличный</li> <li>C. школьный</li> <li>D. спортивный</li> <li>E. прочий</li> </ul>
<p>Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. повреждения</li> <li>B. ожоги</li> <li>C. инородные тела</li> <li>D. отравления</li> <li>E. огнестрельные повреждения</li> </ul>
<p>Повреждения, возникающие во дворе во время игры со сверстниками, следует отнести:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. к бытовому травматизму</li> <li>B. к уличному травматизму</li> <li>C. к транспортному травматизму</li> <li>D. к спортивному травматизму</li> <li>E. к прочему травматизму</li> </ul>
<p>Правильная транспортировка отчлененного сегмента конечности осуществляется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. в емкости, наполненной водой с температурой 36<sup>0</sup> и асептической повязкой на раневой поверхности сегмента</li> <li>B. в двух емкостях, вложенных одна в другую, в промежутке между которыми находится холодная вода и битый лед, обеспечивающие температуру 4<sup>0</sup></li> <li>C. не имеет значения</li> <li>D. при отрицательной температуре</li> <li>E. при температуре около 40<sup>0</sup></li> </ul>
<p>Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по артериальному типу является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. побледнение конечности, резкая болезненность</li> <li>B. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса</li> <li>C. характерных клинических проявлений нет</li> <li>D. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности</li> </ul>
<p>Клиническими проявлениями нарушения магистрального кровообращения в дистальных отделах конечности по венозному типу является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса</li> <li>B. побледнение конечности, резкая болезненность, отсутствие пульса, снижение температуры в дистальном отделе конечности</li> <li>C. характерных клинических проявлений нет</li> </ul>

- D. синюшность кожных покровов, отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс
- E. отек дистальных отделов конечности, болезненность, ослабленный пульс

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

- A. циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- B. гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
- C. гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
- D. гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
- E. циркулярной гипсовой повязкой от пястно-фаланговых суставов до локтевого сустава

Иммобилизация конечности при переломе большеберцовой кости в средней трети производится:

- A. циркулярной гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- B. гипсовой повязкой от голеностопного до коленного суставов
- C. гипсовой лонгетой от голеностопного сустава до средней трети бедра
- D. гипсовой лонгетой от плюсне-фаланговых суставов до средней трети бедра
- E. циркулярной гипсовой повязкой от плюснефаланговых суставов до коленного сустава

Объем необходимых лечебных мероприятий до назначения специальных методов обследования у ребенка с травматическим разрывом легкого и закрытым напряженным пневмотораксом включает:

- A. начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
- B. произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
- C. с противошоковой целью ввести наркотики
- D. до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
- E. пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по А. В. Вишневному, приступить к обследованию для уточнения диагноза

Оптимальный порядок лечебных мероприятий при политравме у ребенка на догоспитальном этапе включает:

- А. оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей, временную остановку кровотечения, местное обезболивание
- В. переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
- С. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
- Д. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
- Е. транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является:

- А. проксимальный эпифиз плечевой кости
- В. дистальный эпифиз плечевой кости
- С. проксимальный эпифиз бедренной кости
- Д. дистальный эпифиз бедренной кости
- Е. проксимальный эпифиз большой берцовой кости

Чаще всего возникает родовой эпифизеолиз дистального эпифиза плечевой кости при следующем виде акушерского пособия:

- А. тракция за головку плода
- В. поворот плода за ручку
- С. тракция за тазовый конец
- Д. при выпадении руки
- Е. при выведении заднего плечика

Ранним рентгенологическим симптомом, характерным для родового эпифизеолиза дистального конца плечевой кости, является:

- А. деструкция метафиза плечевой кости
- В. наличие видимого костного отломка
- С. нарушение соосности плечевой кости и костей предплечья
- Д. видимая костная мозоль
- Е. луковичный периостит

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

- А. неправильное выведение заднего плечика
- В. неправильное выведение переднего плечика
- С. тракция плода за тазовый конец
- Д. поворот плода за ручку
- Е. несвоевременная стимуляция родовой деятельности

<p>Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелом ключицы безсущественного смещения отломков, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. гематома в области плечевого сустава</li> <li>B. крепитация отломков</li> <li>C. гемипарез</li> <li>D. реакция на болевое ощущение при пеленании</li> <li>E. нарушение кровообращения</li> </ul>
<p>Рациональным методом лечения при родовом повреждении плечевой кости в средней трети является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. фиксация ручки к туловищу ребенка</li> <li>B. лейкопластырное вытяжение</li> <li>C. гипсовая повязка</li> <li>D. повязка Дезо</li> <li>E. торакобрахиальная гипсовая повязка с отведением плеча (90 гр) и сгибанием предплечья в локтевом суставе (90 гр)</li> </ul>
<p>При выборе факторов, связанных с возникновением родовой черепной травмы, в основном является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. механический</li> <li>B. токсикоз, заболевание сердечно-сосудистой системы</li> <li>C. внутриутробная гипоксия плода</li> <li>D. неправильное положение плода</li> <li>E. многофакторный генез, включающий все вышеперечисленные факторы</li> </ul>
<p>Лечебная тактика в отношении вдавленных переломов черепа и плода, возникших при родах, включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. лечения не требует</li> <li>B. интенсивную инфузионную терапию</li> <li>C. хирургическую коррекцию методом репозиции</li> <li>D. резекционную трепанацию черепа</li> <li>E. резекционную трепанацию черепа в сочетании с последующей аллопластикой</li> </ul>
<p>Наиболее часто из органов брюшной полости повреждаются при родовой травме:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. печень, селезенка</li> <li>B. тонкая кишка</li> <li>C. толстая кишка</li> <li>D. мочевого пузыря</li> <li>E. почки</li> </ul>
<p>Правильным ответом при определении "ранения мягких тканей" будет:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. ушиб</li> <li>B. ссадина</li> <li>C. гематома</li> <li>D. отек</li> <li>E. рана</li> </ul>

Оптимальная лечебная тактика при ушибленной ране волосистой части головы включает:

- A. иссечение краев раны с наложением швов
- B. наложение швов после орошения раны антибиотиками
- C. иссечение краев раны, осмотр неповрежденной надкостницы, швы на рану
- D. остановка кровотечения, туалет раны, повязка
- E. иссечение краев раны, осмотр кости, швы на рану при отсутствии переломов кости

При травматической отслойке кожи жизнеспособность ее страдает в меньшей степени в случае:

- A. размножения подкожной клетчатки в месте травмы (1-й тип)
- B. отслойки кожи вместе с подлежащими тканями (2-й тип)
- C. смешанном варианте отслойки кожи, при котором большая часть клетчатки сохранена (3-й тип)
- D. 2-м и 3-м типе отслойки кожи
- E. отслойки кожи в пределах 200 кв. см.

Острые ишемические расстройства (ОИР) по массе кисть-предплечье угрожают жизни больного, если продолжительность компрессионной травмы составляет:

- A. 15 мин
- B. 30 мин
- C. 45 мин
- D. 60 мин
- E. более 1.5 часа

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

- A. выведение больного из шока, временную остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раны
- B. временную остановку кровотечения, противошоковую терапию, хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилия и нерва, ушивание раны
- C. хирургическую обработку раны, остеосинтез, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, выведение больного из шока
- D. хирургическую обработку раны, остановку кровотечения, сосудистый шов, шов сухожилий и нерва, ушивание раны, остеосинтез
- E. остеосинтез, шов нерва, сосудистый шов, выведение больного из шока, зашивание раны



<p>При экстренной профилактике столбняка у ребенка старше 10 лет, имевшего менее 3 прививок, последняя из которых сделана за 2 года до травмы, необходимо ввести:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А. анатоксин столбнячный + противостолбнячную сыворотку</li> <li>В. противостолбнячный человеческий иммуноглобулин</li> <li>С. противостолбнячную сыворотку</li> <li>Д. анатоксин столбнячный</li> <li>Е. ничего из перечисленного</li> </ul>
<p>Критерием, по которому оценивают степень тяжести черепно-мозговой травмы, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А. состояние сознания</li> <li>В. состояние жизненно-важных функций</li> <li>С. состояние чувствительной реакции на боль</li> <li>Д. глазные реакции</li> <li>Е. все перечисленное</li> </ul>
<p>Оптимальный объем диагностического обследования при черепно-мозговой травме включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А. осмотр невропатолога, краниографию, УЗИ и компьютерную томографию</li> <li>В. рентгенографию, УЗИ</li> <li>С. пневмоэнцефалографию, УЗИ, компьютерную томографию</li> <li>Д. электроэнцефалографию</li> </ul>
<p>Сотрясение головного мозга включает следующие клинические симптомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А. кратковременную потерю сознания, рвоту в первые часы после травмы, ретроградную амнезию</li> <li>В. потерю сознания через 2-3 часа после травмы, анизокорию, очаговую симптоматику</li> <li>С. пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвоту</li> <li>Д. глубокую кому после сомнительной связи с травмой</li> <li>Е. гемипарез при ясном сознании</li> </ul>
<p>К черепно-мозговой травме с характерным светлым промежутком относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>А. коммоционный синдром</li> <li>В. подбололочечное кровоизлияние</li> <li>С. ушиб головного мозга</li> <li>Д. родовая черепно-мозговая травма</li> <li>Е. внутричерепная гематома</li> </ul>
<p><b>Урология</b></p>
<p>Визуальная оценка выделенной мочи у детей важна:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при пиурии</li> <li>б) при альбуминурии</li> <li>в) при микрогематурии</li> <li>г) при макрогематурии</li> <li>д) при оксалурии</li> </ul>

<p>Олигурия у детей характерна:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) для несахарного диабета</li> <li>б) для хронического пиелонефрита</li> <li>в) для острого гломерулонефрита</li> <li>г) для узелкового периартериита</li> <li>д) для туберкулеза почек</li> </ul>
<p>Наиболее часто болевой симптом у урологического больного локализуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) в поясничной области</li> <li>б) в наружном крае прямых мышц</li> <li>в) в надлобковой области</li> <li>г) в промежности</li> </ul>
<p>Основным фактором, обуславливающим развитие посттравматической нефрогенной гипертонии у детей, является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) вторичное сморщивание почки прав</li> <li>б) вторичное камнеобразование</li> <li>в) девиация мочеточника</li> <li>г) ложный гидронефроз</li> <li>д) некротический папиллит</li> </ul>
<p>Двустороннюю тотальную макрогематурию у детей может вызвать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) мочекаменная болезнь</li> <li>б) гидронефроз</li> <li>в) острый гломерулонефрит</li> <li>г) опухоль почки</li> <li>д) парапельвикальная киста почки</li> </ul>
<p>Односторонняя макрогематурия у детей является патогномичным симптомом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при болезни Верльгофа</li> <li>б) при травме почки</li> <li>в) при остром гломерулонефрите</li> <li>г) при поликистозе</li> <li>д) при опухоли почки</li> </ul>
<p>При макрогематурии у детей в экстренном порядке необходимо выполнить:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ретроградную пиелографию</li> <li>б) экскреторную урографию</li> <li>в) цистоскопию</li> <li>г) цистоуретрографию</li> <li>д) ультразвуковое сканирование</li> </ul>
<p>При анурии у детей противопоказана:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) обзорная рентгенография органов мочевой системы</li> <li>б) экскреторная урография</li> <li>в) цистоуретрография</li> <li>г) ретроградная пиелография</li> <li>д) цистоскопия</li> </ul>

<p>Не требует лечения у детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ренальная форма анурии</li> <li>б) экстраренальная форма анурии</li> <li>в) субренальная форма анурии</li> <li>г) физиологическая анурия новорожденных</li> <li>д) аренальная форма анурии</li> </ul>
<p>Болевой синдром у детей характерен:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) для ренальной формы анурии</li> <li>б) для экстраренальной формы анурии</li> <li>в) для субренальной формы анурии</li> <li>г) для рефлекторной формы анурии</li> <li>д) для аренальной формы анурии</li> </ul>
<p>Не является следствием патологического состояния органов мочевой системы у детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) экстраренальная форма анурии</li> <li>б) субренальная форма анурии</li> <li>в) преренальная форма анурии</li> <li>г) ренальная форма анурии</li> <li>д) аренальная форма анурии</li> </ul>
<p>Рентгенологически феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) обтурации мочеточника камнем</li> <li>б) вторично сморщенной почки</li> <li>в) острого необструктивного пиелонефрита</li> <li>г) травмы почки</li> <li>д) опухоли почки</li> </ul>
<p>Проведение цистоскопии у детей в экстренном порядке показано:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при почечной колике</li> <li>б) при макрогематурии</li> <li>в) при анурии</li> <li>г) при острой задержке мочи</li> <li>д) при гипертоническом кризе</li> </ul>
<p>Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) перемежающийся гидронефроз</li> <li>б) пузырно-мочеточниковый рефлюкс</li> <li>в) гипоплазия почки</li> <li>г) удвоение верхних мочевых путей</li> </ul>
<p><b>Торакальная хирургия:</b></p>

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

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 долевыеbronхи. Наиболее вероятный диагноз:

- а. бронхоэктазия
- б. агенезия легкого
- в. аплазия легкого
- г. гипоплазия легкого**
- д. ателектаз

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

- а. бронхоэктазия
- б. агенезия легкого
- в. кистозная гипоплазия**
- г. гипоплазия легкого
- д. аплазия легкого

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

Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз:

- а. пиопневмоторакс
- б. буллезная форма бактериальной деструкции легких
- в. абсцесс легкого**
- г. пиоторакс
- д. медиастинальная эмфизема

<p>На рентгенограмме определяется горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>а. осумкованный плеврит  б. ограниченный пиопневмоторакс  <b>в. пиопневмоторакс</b>  г. напряженный пиопневмоторакс  д. буллезная форма бактериальной деструкции легких</p>
<p>При пиотораксе лечение предусматривает:</p> <p>а. интенсивную терапию без вмешательства в очаг.  дренирование плевральной полости по Бюлау  <b>в. пункцию плевральной полости</b>  г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией.  бронхоскопию</p>
<p>При тотальной эмпиеме плевры лечение предусматривает:</p> <p>а. пункцию плевральной полости  б. интенсивную терапию без вмешательства в очаг  <b>в. дренирование плевральной полости по Бюлау</b>  г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией  д. торакоскопию с ультразвуковой санацией</p>
<p>У больного простой пневмоторакс. Ему следует рекомендовать:</p> <p>а. бронхоблокаду  б. плевральную пункцию  <b>в. дренирование плевральной полости по Бюлау</b>  г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией  д. катетеризацию бронха</p>
<p>При напряженном пневмотораксе с бронхиолярным свищем тактика лечения включает</p> <p>а. плевральную пункцию  б. бронхоблокаду  <b>в. дренирование плевральной полости по Бюлау</b>  г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией  д. выжидательную тактику</p>
<p>При простом пиопневмотораксе необходимо выполнить:</p> <p>а. плевральную пункцию  б. дренирование плевральной полости с активной аспирацией  <b>в. дренирование плевральной полости по Бюлау</b>  г. радикальную операцию  д. торакоскопию с ультразвуковой санацией</p>
<p>При хронической эмпиеме плевры лечение включает:</p> <p>а. плевральную пункцию  б. дренирование по Бюлау  <b>в. радикальную операцию</b>  г. дренирование плевральной полости с активной аспирацией  д. бронхоскопию</p>

<p>При фибротораксе оптимальным методом лечения является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> радикальная операция</li> <li><b>б.</b> выжидательная тактика</li> <li><b>в.</b> плевральная пункция</li> <li><b>г.</b> дренирование плевральной полости</li> <li><b>д.</b> бронхоскопия</li> </ul>
<p>Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме - тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> абсцесс легкого</li> <li><b>б.</b> напряженная киста легкого</li> <li><b>в.</b> нагноившаяся киста легкого</li> <li><b>г.</b> булла</li> </ul>
<p>У ребенка киста легкого осложнилась нагноением в плевральную полость. Ему следует рекомендовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> консервативное лечение</li> <li><b>б.</b> оперативное лечение</li> <li><b>в.</b> дренирование по Бюлау</li> <li><b>г.</b> дренирование с активной аспирацией</li> <li><b>д.</b> выжидательную тактику</li> </ul>
<p>У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> пункцию кисты</li> <li><b>б.</b> дренирование кисты</li> <li><b>в.</b> радикальную операцию</li> <li><b>г.</b> консервативную терапию</li> <li><b>д.</b> выжидательную тактику</li> </ul>
<p>Больного беспокоит постоянный рефлексорный кашель, боль при глотании. Дыхание не затруднено. В анамнезе - поперхивание при еде. Наиболее вероятный диагноз:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> баллотирующее инородное тело трахеи</li> <li><b>б.</b> инородное тело бронха</li> <li><b>в.</b> фиксированное инородное тело трахеи</li> <li><b>г.</b> инородное тело наружных элементов гортани</li> <li><b>д.</b> инородное тело сегментарного бронха</li> </ul>
<p>Медиастиниты у детей чаще всего возникают:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>а.</b> при бактериальных деструкциях легких</li> <li><b>б.</b> при опухолях средостения</li> <li><b>в.</b> при кистах средостения</li> <li><b>г.</b> при перфорации пищевода</li> <li><b>д.</b> при перикардите</li> </ul>

<p>Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза незрелостикардального отдела пищевода дает:</p> <p>а. контрастное обследование пищевода в положении стоя</p> <p>б. жесткая эзофагоскопия</p> <p><b>в. контрастное обследование пищевода в положении лежа</b></p> <p>г. фиброэзофагоскопия</p>
<p>Поставить диагноз ахалазия пищевода можно с уверенностью:</p> <p>а. в период новорожденности</p> <p>б. от 1 до 3 мес</p> <p>в. от 3 до 6 мес</p> <p>г. от 6мес до года</p> <p><b>д. старше года</b></p>
<p>Для ахалазии пищевода при производстве обзорной рентгенограммы грудной клетки наиболее характерно:</p> <p>а. смещение средостения влево</p> <p>б. расширение тени средостения</p> <p>в. смещение средостения вправо</p> <p><b>г. отсутствие газового пузыря</b></p> <p>д. высокое стояние левого купола диафрагмы</p>
<p>Ведущими симптомами при ахалазии пищевода являются:</p> <p>а. дисфагия</p> <p>б. регургитация</p> <p>в. рецидивирующая пневмония</p> <p><b>г. пищеводная рвота</b></p> <p>д. рвота с желудочным содержимым</p>
<p>При ахалазия пищевода показана:</p> <p>а. эзофагогастромиотомия</p> <p>б. гастростомия</p> <p>в. эзофагогастрофундопликация</p> <p><b>г. эзофагогастромиотомия с эзофагогастрофундопликацией</b></p>
<p>При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:</p> <p><b>а. рвота</b></p> <p>б. икота</p> <p>в. дисфагия</p> <p>г. регургитация</p> <p>д. саливация</p>
<p>Ребенок выпил глоток едкой щелочи. Промывание желудка ему следует произвести:</p> <p>а. холодной водой</p> <p><b>б. водой комнатной температуры</b></p> <p>в. горячей водой</p> <p>г. подкисленным раствором</p> <p>д. щелочным раствором</p>

<p>Больной поступает в стационар с подозрением на ожог пищевода.          Диагностическую эзофагоскопию ему можно провести:</p> <p>а. на 1-2-е сутки  <b>б. на 3-4-е сутки</b>          в. на 5-6-е сутки          г. на 10-е сутки          д. на 12-е сутки</p>
<p>При свежем ожоге пищевода следует сделать предпочтение:</p> <p><b>а. "слепому" методу бужирования</b>          б. через эзофагоскоп          в. за нитку          г. ретроградному бужированию          д. не бужировать</p>
<p>При эзофагоскопии у больного с ожогом пищевода имеется яркая гиперемия слизистой, выраженная отечность и фибринозные наложения.          Это соответствует:</p> <p>а. легкой степени ожога  <b>б. средней степени ожога</b>          в. тяжелой степени ожога          г. нет ожога          д. очень тяжелой степени ожога</p>
<p>Раннее бужирование пищевода абсолютно показано при ожоге:</p> <p>а. первой степени          б. второй степени  <b>в. третьей степени</b>          г. четвертой степени          д. без установления степени</p>
<p>У больного при эзофагоскопии после приема уксусной эссенции обнаружен пятнистый эзофагит. Ему следует рекомендовать:</p> <p>а. раннее бужирование          б. позднее бужирование          в. курс лечебных эзофагоскопий          г. диетотерапия  <b>д. наблюдение</b></p>
<p>При подозрении на перфорацию пищевода целесообразно применять в качестве контрастного вещества:</p> <p>а. барий          б. воздух          в. масляные контрастные вещества          г. сергозин  <b>д. водорастворимые контрастные вещества</b></p>
<p>При перфорации пищевода можно получить наибольшую информацию при контрастном исследовании в положении:</p> <p>а. стоя          б. лежа на животе  <b>в. лежа на спине</b>          г. лежа на левом боку</p>



<p>д. лежа на правом боку</p> <p>Консервативная тактика при повреждении пищевода оправдана:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при проникающем повреждении абдоминального отдела пищевода</li> <li>б. при повреждении пищевода с повреждением плевры</li> <li><b>в.</b> при непроникающем ранении пищевода</li> <li>г. при инструментальном повреждении с ложным ходом более 2 см</li> <li>д. при проникающем ранении грудной клетки с повреждением пищевода</li> </ul>
<p>Кормление через рот возможно:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. при свежей перфорации инородным телом</li> <li><b>б.</b> при поверхностных ссадинах</li> <li>в. при повреждении слизистой до мышечного слоя</li> <li>г. при интрамуральном ложном ходе</li> </ul>
<p>Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества более чем на 2 см. Тактика хирурга должна предусматривать:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. курс лечебных эзофагоскопий</li> <li>б. введение зонда в желудок и консервативная терапия</li> <li>в. перевод больного на парентеральное питание и консервативную терапию</li> <li><b>г.</b> срочную операцию</li> <li>д. гастростомию</li> </ul>
<p>Ребенок 2 лет проглотил 5 копеечную монету, появилась саливация и дисфагия. Лечился на дому. Через 48 часов состояние больного резко ухудшилось, повысилась температура, появились боли за грудиной. Больному необходимы:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. удаление инородного тела с последующим курсом лечебных эзофагоскопий</li> <li><b>б.</b> срочная операция после удаления инородного тела</li> <li>в. введение зонда в желудок и консервативная терапия</li> <li>г. удаление инородного тела и гастроскопия</li> <li>д. удаление инородного тела</li> </ul>
<p>У ребенка имеется перфорация пищевода. Для уточнения характера повреждения решено выполнить фиброэзофагоскопию:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. под местной анестезией</li> <li>б. без обезболивания</li> <li>в. под перидуральной анестезией</li> <li>г. под внутренним обезболиванием</li> <li><b>д.</b> под интубационным наркозом с миорелаксантами</li> </ul>
<p>Из диафрагмальных грыж чаще всего встречаются у детей:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а. френоперикардиальная</li> <li>б. передние</li> <li>в. пищеводного отверстия</li> <li><b>г.</b> задние ложные</li> <li>д. истинные</li> </ul>

Таблица 3

№п/п	2 этап промежуточной аттестации (итоговое собеседование в устной форме по контрольным вопросам билета и клинической ситуационной задаче)	Проверяемые компетенции
1	Аномалии развития почек (аплазия, гипоплазия, дистопия, кисты). Нефроптоз. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
2	Желудочно-пищеводный рефлюкс. Классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
3	Аномалии развития мочеточников у детей (удвоение почек и мочеточников, уретероцеле, эктопия и дистопия устья мочеточника). Клиника, диагностика. Показания и виды хирургического лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
4	Аномалии развития головы и шеи (синдром Пьера - Робена, ранула, атрезия хоан, короткая уздечка языка, макроглоссия). Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
5	Врожденная мышечная кривошея. Клиника, дифференциальная диагностика. Лечение (консервативное и хирургическое). Сроки и методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
6	Заболевания прямой кишки (геморрой, трещины, полип, парапроктит). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
7	Острый аппендицит. Классификация, особенности клиники у детей раннего возраста. Основные симптомы и синдромы. Диагностика. Методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
8	Укусы собак и синантропных животных. Профилактика бешенства. Показания к назначению антирабических препаратов.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
9	Неспецифический язвенный колит и болезнь Крона. Клиника, диагностика. Тактика лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
10	Острый гематогенный остеомиелит. Современная классификация. Клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
11	Синдром мальротации. Эмбриогенез, клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
12	Пороки развития пищевода (атрезия пищевода, ахалазия пищевода, врожденный стеноз пищевода, изолированный трахеопищеводный свищ). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
13	Повреждение почек, мочевого пузыря и уретры. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
14	Пороки развития легких (аплазия, гипоплазия, секвестрация, врожденная долевая эмфизема). Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20

15	Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
16	Патология влагилицного отростка брюшины. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Сроки и методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
17	Осложнение вирусно-бактериальной инфекции легких. Классификация. Клиника, диагностика. Лечебная тактика (антибактериальная терапия, местное лечение, особенности интенсивной терапии).	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
18	Крипторхизм и эктопия яичка. Клиника, диагностика. Сроки оперативного лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
19	Пороки развития желчевыводящих путей. Билиарная атрезия. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
20	Переломы нижних конечностей. Клиника, диагностика, методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
21	Переломы костей таза. Клиника, диагностика, методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
22	Инородные тела дыхательных путей. Классификация. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
23	Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Гастрошизис. Классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
24	Остеохондропатии. Остеохондропатия головки бедренной кости. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
25	Кисто-аденоматозная мальформация легких. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
26	Пороки развития желточного и мочевого протоков. Клиника. Методы диагностики, лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
27	Аноректальные пороки развития. Эмбриогенез. Классификация. Диагностика. Лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
28	Гематокольпос, гематометра, сращение половых губ, фимоз, парафимоз, баланопостит. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
29	Приобретенная кишечная непроходимость (заворот, спаечная, тромбоз мезентериальных сосудов, инвагинация). Клиника, диагностика, тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
30	Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика. Осложнения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20

31	Перитонит. Классификация. Основные патологические синдромы. Предоперационная подготовка. Оперативные вмешательства. Послеоперационное лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
32	Врожденная высокая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
33	Врожденная низкая кишечная непроходимость. Антенатальная диагностика. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
34	Укусы змей и ядовитых насекомых. Клиника. Лечение	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
35	Желудочно-кишечные кровотечения. Причины. Клиника, диагностика, тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
36	Травмы поджелудочной железы у детей. Этиология, классификация, клиника, диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
37	Экстрофия мочевого пузыря. Клиника, диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
38	Пороки развития желчного пузыря. Острый холецистит. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
39	Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика при ложных диафрагмальных грыжах.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
40	Болезнь Гиршпрунга. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
41	Врожденная косолапость. Клиника, особенности диагностики и лечения до и после года.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
42	Повреждения органов грудной полости. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
43	Дисплазия тазобедренных суставов. Особенности клиники и диагностики у новорожденных и детей раннего возраста. Лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
44	Гидронефроз. Причины. Клиника, диагностика. Паллиативные и радикальные вмешательства.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
45	Термические повреждения. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
46	Врожденный пилоростеноз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
47	Крестцово-копчиковая тератома у детей. Клиника, диагностика, лечение, диспансеризация.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-

		11, ПК-20
48	Варикоцеле. Причины. Клиника, диагностика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
49	Врожденные кисты и свищи шеи. Диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
50	Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, диастаз прямых мышц живота. Клиника, диагностика. Сроки и виды оперативных вмешательств.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
51	Эхинококкоз у детей. Пути проникновения гельминта. Клиника, методы лабораторной и инструментальной диагностики. Лечебная тактика и профилактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
52	Инвагинация кишечника. Этиология. Клиника, диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
53	Гипоспадия и эписпадия. Клинические формы. Сроки и виды хирургического лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
54	Некротизирующий энтероколит новорожденного. Этиология. Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
55	Химические ожоги пищевода. Классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика. Первая помощь при ожогах пищевода. Профилактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
56	Гемангиомы, лимфангиомы у детей. Пигментные пятна. Классификация. Диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
57	Портальная гипертензия. Клиника, диагностическая ценность специальных методов исследования. Лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
58	Объемные образования органов брюшной полости (дермоидная киста, киста холедоха, киста яичника, удвоение кишечника, лимфангиома). Диагностический алгоритм. Роль дополнительных методов диагностики.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
59	Хронический остеомиелит. Осложнения. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика с опухолями. Вопросы иммунокоррекции.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
60	Повреждения в зоне локтевого сустава. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
61	Острые заболевания яичка. Причины, клиника. Дифференциальная диагностика с паховой ущемленной грыжей. Лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
62	Гнойно-воспалительные процессы мягких тканей (флегмона новорожденного, лимфаденит, рожистое воспаление, мастит). Особенности течения у детей раннего возраста. Диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20

63	Родовые повреждения новорожденных (кефалогематома, переломы плечевой кости, ключицы) Паралич Дюшена-Эрба. Клиника, диагностика, лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
64	Повреждения костей предплечья у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
65	Повреждения костей пояса верхней конечности и плечевого сустава у детей. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
66	Повреждения органов брюшной полости у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
67	Юношеский эпифизеолиз головки бедренной кости. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
68	Врожденные деформации грудной клетки. Классификация, диагностика и лечение.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
69	ДЦП. Диагностика. Методы ортопедической коррекции и хирургического лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
70	Деформации позвоночника у детей. Этиология. Клиника. Методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
71	Повреждения позвоночника и спинного мозга. Клиника, диагностика и методы лечения.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20
72	Черепно-мозговая травма. Этиология. Клиника. Диагностика. Методы лечения. Показания к хирургическому лечению.	ОПК-1, ОПК-7, ОПК-9, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-20

**Образец типового билета для 2 этапа промежуточной аттестации (итоговое собеседование в устной форме по контрольным вопросам экзаменационного билета и клинической ситуационной задаче).**

### **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Аномалии развития головы и шеи (синдром Пьера - Робена, ранула, атрезия хоан, короткая уздечка языка, макроглоссия). Клиника, диагностика, лечебная тактика.
2. Крипторхизм и эктопия яичка. Клиника, диагностика. Сроки оперативного лечения.
3. Повреждения органов брюшной полости у детей. Причины. Классификация. Диагностика и лечение.

#### **Экзаменационный билет**

В поликлинику обратилась мама с ребенком 4-х лет с жалобами на беспричинные подъемы температуры (до 38-39<sup>0</sup>С), которая самостоятельно снижалась до нормальных цифр,

периодические боли в животе, иногда связанные с актом мочеиспускания. Девочка от первой беременности, которая протекала с токсокозом I и II половин, роды в срок. Росла и развивалась соответственно возрасту. Кожные покровы чистые, влажные, обычной окраски, имеются пастозность век, тёмные круги под глазами. Со стороны костно-мышечной системы – без видимой патологии. В легких дыхание везикулярное,

хрипов нет. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс 78 ударов в минуту. Язык чистый, влажный, розового цвета. Живот обычной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень – у края рёберной дуги, почки не пальпируются. Симптом 12-го ребра отрицателен с обеих сторон. Диурез достаточен, мочеиспускание учащено, болезненное. Анализ крови: Нв – 124 г/л; эр. – 4,1 x 10<sup>12</sup>/л; л. – 6,4 x 10<sup>9</sup>/л; э. – 2%; п/я – 2%; с/я – 58%; лимф. – 35%; мон. – 3%, СОЭ – 15 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок – 65 г/л; хлориды – 98 ммоль/л; К – 4,4 Na – 130, билирубин – 16 мкмоль/л, реакция прямая; АсАТ – 0,14 ед., АлАТ – 0,14 ед., мочевины – 4,4. Анализ мочи: уд. вес – 1018; белок – нет; эп. пл. – ед. в п/з; лейкоциты – 32-36 в п/з; эр. – ед. в п/з; бактерии ++. Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 20000; эритроциты – 500.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно назначить?
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите прогноз и возможные осложнения.

## **ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

### **Задача №1**

На консультацию к ортопеду детской больницы пришла четырехлетняя девочка по направлению врача поликлиники.

Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Со слов родителей, около 6 месяцев назад девочка упала дома, после чего у нее появилась боль, деформация, отек мягких тканей в области верхней трети промой плечевой кости. Обратились в травмпункт, где была выполнена рентгенография. Травматолог, заподозрив перелом, наложил гипсовую лонгету. Лечилась амбулаторно. В последующем после консолидации перелома и снятия лонгеты наблюдалась у ортопеда, была направлена в стационар для дальнейшего лечения. Окружность верхней трети правого плеча на 1 см больше таковой противоположной конечности на том же уровне. При пальпации на этом уровне справа имеется легкая болезненность. Движения в плечевом суставе в полном объеме.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно назначить?
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите прогноз и возможные осложнения.

### **Задача №2**

Мальчик родился 18 часов назад доношенным в срок с массой 3100,0 и оценкой 8 баллов по Апгар. Вскоре после рождения отмечено, что у ребенка при беспокойстве появляется выраженный цианоз, затруднение дыхания. Эти симптомы усиливаются в положении на правом боку. Состояние тяжелое. Кожа и слизистые с цианотичным оттенком. Ребенок вялый, крик слабый. Грудная клетка асимметрична - левая половина больше по объему,

меньше участвует в акте дыхания. Дыхание поверхностное, затрудненное, 56 раз в 1 мин., слева в нижней половине не проводится. Перкуторно и аускультативно отмечается смещение средостения вправо, тахикардия до 180 в минуту. Живот уменьшен в размерах, не вздут, мягкий.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно назначить?
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите прогноз и возможные осложнения.

### Задача №3

На прием к педиатру обратилась мать с 5-тилетним ребенком с жалобами на повторную рвоту с кровью, стул черного цвета, нарушение самочувствия. Со слов матери указанные жалобы появились 2 суток назад. В анамнезе: ребёнок второй в семье, доношенный. После родов в течение 7 суток отмечалось кровотечение из пупочной ранки. С 2-х месячного возраста педиатром у ребенка выявлено увеличение живота в объеме, увеличение селезенки, страдает метеоризмом. Ребенок находился под наблюдением педиатра в течение всего периода. Семейный анамнез: родители здоровы. При осмотре: выражена бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 80/50 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный, печень в пределах нормы, селезенка + 5 см из-под реберной дуги. Общий анализ крови: Нв 75 г/л, эр.  $2,0 \cdot 10^{12}$ /л, ЦП 0,9, L.  $4,5 \cdot 10^9$ /л, п/я 3%, с/я 60%, э. 3%, лимф. 21%, мон. 7%, СОЭ 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, рН 6,0, уд. вес 1018, белка нет, л. 2-3 в п/з, эр. нет. Биохимический анализ крови: Общий белок 74 г/л, альбумины 44%, глобулины 56% ( $\alpha_1$  – 4%,  $\alpha_2$  – 12%,  $\beta$  – 12%,  $\gamma$  – 28%), щелочная фосфатаза 70 ед./л, АлАТ 0,15 ед., АсАТ 0,2 ед., амилаза 30 Ед/л., тимоловая проба 3 ед., общий билирубин 12 мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима однородная, эхогенность обычная. В проекции портальной вены имеется множество мелких сосудов разного калибра.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно назначить?
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите прогноз и возможные осложнения.

### Задача № 4

Новорожденный переведен из областного родильного дома

*An. morbi.*

Сразу после рождения отмечется тотальный цианоз, тахипноэ до 60 в мин, декстрокардия. Проводима оксигенотерапия эффекта не дала. Осмотрен хирургом центра медицины катастроф и переведен в клинику детской хирургии

*An. vitae.* Ребенок от 3 беременности, 3 родов в срок 36 недель. В течение беременности мать ребенка неоднократно госпитализировалась в связи с угрозой прерывания беременности. Вес ребенка при рождении-1890, рост-48 см. Оценка по шкале Апгар -5 баллов.

*St.praesens.* Состояние ребенка тяжелое. На внешние раздражители реакция сохранена.



Крик громкий, движения активные. На осмотр реагирует двигательным беспокойством и криком. Большой родничок - 1,5x1,5 см на уровне костей черепа. Отмечается тремор подбородка. Рефлексы орального автоматизма вызываются, но быстро истощаются. Сухожильные рефлексы S=D с клонусами. Кожа и видимые слизистые чистые, синюшные. Симптом «белого пятна» отрицательный. Температура тела 36,8С. Дыхание самостоятельное, резко ослабленное слева по всем легочным полям. Хрипов нет. ЧД до 80 в 1 мин. Сердечный толчок определяется справа в 5 межреберье по среднеключичной линии. Тоны сердца выслушиваются справа приглушенные, ритмичные. ЦСС до 180 в 1 мин. Живот запавший. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень + 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было. Моча по уретральному катетеру-светлая. ОАК-Эр- $5,2 \cdot 10^{12}$ , Нв-214 г/л, Нг-61,6%, Ле-6,0x10, ю-2, п-9, э-0, м-1,л-19,СОЭ - 3 мм/ч. Биохимия крови: Бил-149,9 мкм/л, пр-0, непр-149,9 мкм/л, Тим- 1,2 ед, АсАТ-0,37, АлАТ-0,09. Электролиты крови: Na- 124,1, К-4,9.

Выполнена рентгенограмма грудной клетки и брюшной полости (прилагается).

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие дополнительные методы обследования нужно назначить?
4. Определите лечебную тактику.
5. Определите прогноз и возможные осложнения.

Обсуждено на заседании кафедры детской хирургии, протокол № 11 от «18» июня 2024 г.

Заведующий кафедрой  
детской хирургии

д.м.н., профессор



А.И. Перепелкин