

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор ЧОУ ВО «СМСИ»

Е.Н.Гисцева

Приказ № 01- О 12 августа 2025г.

Фонд оценочных средств

Б1.В.03 Детская хирургия

Часть, формируемая участниками образовательных отношений

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Уровень высшего образования: специалитет;

квалификация: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1. Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Детская хирургия

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
ПК-4	Способен к организации медицинской сортировки и эвакуации	ИПК-4.3 Умеет подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первичная помощь, скорая помощь, госпитализация

2. Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации

Неотложная и гнойная хирургия

1. Острый аппендицит у детей. Этиология. Патогенез. Морфологическая классификация. Типичная клиническая картина. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины и диагностики у детей раннего возраста. Факторы, определяющие своеобразие течения заболевания. Причины атипичного течения заболевания. Диагностические и лечебно-тактические ошибки на различных этапах оказания медицинской помощи. Лечение: предоперационная подготовка, способы оперативного лечения. Послеоперационная реабилитация.

2. Атипичные расположения червеобразного отростка. Особенности клиники и диагностики, дифференциальной диагностики острого аппендицита с ретроцекальным, тазовым, подпеченочным, медиальным расположением червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика. Особенности оперативного лечения.

3. Аппендикулярный перитонит у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Основные клинические синдромы. Комплексное лечение: предоперационная подготовка, доступы для аппендэктомии, способы санации, дренирования брюшной полости, послеоперационная интенсивная терапия. Прогноз. Реабилитация.

4. Аппендикулярный инфильтрат. Причины, клиника неосложненного и осложненного инфильтрата. Лечебно-диагностическая тактика. Методы лечения.

5. Пельвиоперитонит. Этиология. Патогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

6. Приобретенная непроходимость кишечника у детей. Классификация. Причины, клиника, диагностика динамической, обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Лечебно-диагностическая тактика. Способы лечения.

7. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина слепо-ободочной, подвздошно-ободочной, тонкокишечной инвагинации. Диагностика и дифференциальная диагностика инвагинации кишечника. Показания и противопоказания к консервативному и оперативному методам лечения. Методика консервативной дезинвагинации кишечника. Способы оперативного устранения инвагинации.

8. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология. Классификация. Особенности клинических проявлений локальной, септикопиемической формы остеомиелита. Особенности течения, диагностика и лечение у новорожденных и детей раннего возраста. Дифференциальная диагностика острого гематогенного остеомиелита. Комплексное лечение. Интенсивная терапия. Исходы: осложнения - септические, ранние и поздние ортопедические, их причина; летальность, инвалидность. Диспансерное наблюдение.

9. Хронический остеомиелит. Причины развития. Значение диагностических и лечебно-тактических ошибок в острый период заболевания. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к консервативному и оперативному лечению.

10. Особенности течения гнойно-септических заболеваний мягких тканей у детей: Лимфаденит и аденофлегмона. Мастит (возрастные особенности). Парапроктит. Фурункул, карбункул, флегмона. Некротическая флегмона новорожденных. Этиология. Особенности клинических проявлений. Дифференциальная диагностика. Комплексная терапия. Особенности оперативного лечения.

11. Гнойные заболевания пальцев и кисти у детей. Классификация. Этиология. Клинические проявления паронихии, подкожной, суставной, костной формы панариция, флегмон кисти. Лечебно-диагностическая тактика.

Плановая хирургия с детской урологией

1. Грыжи передней брюшной стенки – пупочные, белой линии живота. Этиология. Клиника. Диагностика. Врачебная тактика. Возрастные показания и способы оперативного лечения.
2. Паховые и пахово-мошоночные грыжи в детском возрасте. Этиология. Клиника. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания, сроки, способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.
3. Ущемленная паховая грыжа. Этиология. Патогенез. Виды ущемления. Клиника. Дифференциальная диагностика. Выбор метода лечения.
4. Водянка оболочек яичка и семенного канатика у детей. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Возрастные показания к оперативному лечению.
5. Хронический колостаз у детей. Классификация. Этиология, клинические проявления подострой и хронической форм болезни Гиршпрунга. Комплекс современной диагностики. Предоперационная подготовка. Способы оперативного лечения.
6. Доброкачественные новообразования мягких тканей. Клинические проявления и диагностика невуса, атеромы, липомы, фибромы. Лечение.
7. Гемангиомы кожи и подкожной клетчатки у детей. Классификация. Клиника. Понятие «опасная локализация» гемангиом. Диагностика. Осложнения. Обоснование выбора лечебной тактики. Современные методы лечения. Прогноз.
8. Лимфангиома у детей. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
9. Острые заболевания органов мошонки. Классификация. Клиника, диагностика и лечение перекрута гидатиды Морганьи, заворота яичка, орхита и орхоэпидидимита, разрыва яичка. Показания к консервативному и оперативному лечению. Исходы. Влияние на репродуктивное здоровье.
10. Аномалии развития почек, мочеточников, мочевого пузыря и уретры. Классификация. Методы обследования детей с пороками и заболеваниями мочевыделительной системы: функциональные, лучевые (рентгенологические, сонографические, радиоизотопные). Показания.
11. Врожденный гидронефроз. Роль антенатальной диагностики. Причины. Клинические проявления. Современная диагностика. Осложнения. Сроки и способы оперативной коррекции порока. Последующая реабилитация и диспансеризация.
12. Гипоспадия. Классификация. Клиника. Возрастные показания и способы оперативной коррекции порока. Прогноз репродуктивного здоровья.
13. Фимоз. Парафимоз. Баланопостит. Причины. Клинические проявления. Диагностика. Экстренная помощь при острой задержке мочи. Методы лечения. Профилактика.
14. Аномалии развития и расположения яичка. Классификация. Клинические проявления. Осложнения. Современные методы диагностики и лечения. Междисциплинарная реабилитация и диспансеризация.
15. Крипторхизм. Классификация. Клиника, диагностика паховой эктопии, паховой и брюшной ретенции яичка. Осложнения. Показания, сроки и способы оперативного лечения. Прогноз репродуктивного здоровья.

Хирургия новорожденных

1. Организация хирургической помощи новорожденным с пороками развития. Значение антенатальной диагностики патологии плода, роль медико-генетических консилиумов. Ранжирование пороков развития по частоте встречаемости, вероятности полноценной коррекции, исходам и качеству жизни пациента и семьи.

2. Пороки развития пищевода, сопровождающиеся синдромом дыхательных расстройств: атрезия пищевода, трахеопищеводные свищи. Анатомические варианты. Клинические проявления. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения реанимации специализированного стационара. Предоперационная подготовка. Принципы оперативного лечения. Ведение ближайшего и отдаленного послеоперационного этапа.

3. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка. Особенности оперативного лечения. Осложнения. Прогноз.

4. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Врожденная непроходимость кишечника. Классификация. Клиника и диагностика высокой и низкой кишечной непроходимости. Дифференциальная диагностика. Сроки и качество предоперационной подготовки. Выбор способа оперативной коррекции в зависимости от вида непроходимости кишечника. Осложнения. Принципы дальнейшей реабилитации.

5. Пороки развития желудочно-кишечного тракта. Аномалии прямой кишки и анального отверстия. Классификация. Клинические проявления свищевых и бессвищевых форм атрезии прямой кишки. Комплекс диагностики на этапе родильного дома, отделения хирургии новорожденных. Показания к экстренному и отсроченному оперативному лечению, способы этапной и одномоментной хирургической коррекции порока. Ближайшие и отдаленные осложнения. Реабилитация. Прогноз.

6. Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости. Гастрошизис. Эмбриональная грыжа пупочного канатика. Роль антенатальной диагностики. Клинические проявления порока. Понятие висцеро-абдоминальной диспропорции. Обоснование лечебной тактики. Сроки и способы коррекции аномалий.

7. Пороки развития брюшной стенки и органов брюшной полости. Свищи пупка: свищи желточного и мочевого протоков. Этиология. Классификация. Клинические особенности. Осложнения. Диагностика. Лечение.

8. Пороки развития, проявляющиеся острой дыхательной недостаточностью. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Врожденная лобарная эмфизема. Клинико-рентгенологическая картина. Врачебная тактика. Показания к предоперационной подготовке. Сроки и способы оперативной коррекции пороков. Послеоперационное ведение.

9. Некротический энтероколит новорожденных. Этиология. Классификация. Клинические проявления и диагностика перфорации желудочно-кишечного тракта. Оказание экстренной хирургической помощи (лапароцентез, лапаротомия). Осложнения. Послеоперационное лечение.

3. Тестовые задания

Острый аппендицит, особенности у детей. Аппендикулярный перитонит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Инвагинация кишечника у детей.

1. Какой синдром преобладает в начале развития острого аппендицита:
 1. диспепсический
 2. мочевого
 3. интоксикационный
 4. болевой
 5. синдром угнетения сознания
2. Какой симптом при остром аппендиците положительный:
 1. Щёткина-Блюмберга
 2. Керра
 3. Мёрфи
 4. Мейо-Робсона
 5. Габа
3. Назовите достоверные признаки аппендицита:
 1. локальная боль в правой подвздошной области, жидкий стул
 2. напряжение мышц брюшной стенки и рвота
 3. напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щёткина - Блюмберга
 4. жидкий стул и рвота
 5. симптом «отталкивания руки»
4. К распространенному перитониту относятся:
 1. аппендикулярный инфильтрат
 2. разлитой гнойный перитонит
 3. периаппендикулярный абсцесс
 4. местный неотграниченный перитонит
 5. местный отграниченный перитонит
5. Развитие каких послеоперационных осложнений аппендикулярного перитонита наиболее вероятно:
 1. дыхательная и сердечная недостаточность
 2. формирование абсцессов брюшной полости различной локализации (илеоцекальный, тазовый, межкишечный, поддиафрагмальный, подпеченочный)
 4. пиоторакс
 5. пиопневмоторакс
6. Выберите правильное определение первичного перитонита:
 1. перитонит, возникший впервые в жизни
 2. перитонит не являющийся следствием воспалительных процессов органов брюшной полости
 3. перитонит, возникший у детей в возрасте до 1 года
 4. перитонит, вызванный пневмококками
 5. перитонит, возникший у детей в возрасте до 3 лет
7. Инвагинация кишечника это:
 1. врожденный порок развития подвздошной кишки, сопровождающийся приступообразной болью
 2. опухолевидное новообразование в области илеоцекального угла,
 3. кистозное удвоение кишечника в области Трейцевой связки
 4. внедрение одного отдела кишки в просвет выше-или нижележащего отдела кишечника
 5. эрозивно-язвенный процесс в тонкой кишке с кровянистыми выделениями из прямой кишки
8. Какой вид инвагинации возникает у детей наиболее часто:
 1. тонкокишечная
 2. в области трейцевой связки
 3. толстокишечная
 4. слепободочная

5. подвздошно-ободочная

9. У ребенка в возрасте 3 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Какую тактику нужно предпринять:

1. пассаж бариевой взвеси
2. операция в плановом порядке
3. консервативное расправление
4. наблюдение в динамике
5. срочная операция.

10. Характер боли при спастической кишечной непроходимости:

1. постоянный
2. приступообразный
3. локальный
4. колющий
5. опоясывающий

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, пальцев, кисти. Острый гематогенный остеомиелит у детей, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

1. Гнойное поражение всех тканей ногтевой фаланги пальца называется:

1. паронихия
2. пандактилит
3. костный панариций
4. проникающий панариций
5. подногтевой панариций

2. Особенности течения гнойных процессов мягких тканей у детей:

1. отграничение гнойного очага
2. быстрое распространение вширь и вглубь
3. отсутствие симптомов гнойной интоксикации
4. иммунный ответ организма ребенка адекватный и полноценный
5. медленное распространение

3. Покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя гной под кожей. Диагноз:

1. паронихий
2. кожный панариций;
3. флегмона;
4. абсцесс;
5. подкожный панариций

4. Распространение флегмоны кисти происходит:

1. гематогенным путем
2. по сухожильным влагалищам
3. по лимфатическим сосудам
4. по межкостным промежуткам
5. контактным путем

5. Назовите величины внутрикостного давления при остеомиелите.

1. 10- 20 мм.в.ст.
2. 30- 40 мм.в.ст.
3. более 100.
4. 200.в.ст.
5. 500 мм.в.ст.

6. Причины перехода острого гематогенного остеомиелита в хроническую форму:
1. поздняя диагностика
 2. начало заболевания на фоне вирусной инфекции
 3. появление септикопиемических очагов
 4. множественные остеоперфорации
 5. отягощенный преморбидный фон
7. В какие сроки заболевания проявляются рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита:
1. 14-21 день
 2. 28-30 день
 3. 1-3- месяца
 4. более 3 месяцев
 5. 1-2 сутки
8. Особенности эпиметафизарного остеомиелита:
1. прорыв гноя происходит в межмышечное пространство
 2. прорыв гноя в полость сустава
 3. прорыв гноя в диафиз кости
 4. болеют дети старшей возрастной группы
 5. не сопровождается повышением температуры
9. Признаком хронизации процесса при остром гематогенном остеомиелите является:
1. симптом «таящего сахара»
 2. симптом Маркса-Ортолани
 3. наличие секвестров
 4. луковичный периостит
 5. наличие козырька Кодмана
10. К последствиям хронического остеомиелита относятся:
1. Формирование патологических переломов
 2. Нарушение роста кости
 3. Амилоидоз
 4. Частые септические состояния
 5. Рецидивирующие артриты

Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, ущемленная грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Крипторхизм. Пупочная грыжа. Пороки развития и заболевания толстой кишки: болезнь Гиршпрунга, долихосигма. Доброкачественные образования мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы).

1. С какой нозологической формы начинается дифференциальная диагностика ущемленной паховой грыжи?
1. острый аппендицит.
 2. паховый лимфаденит.
 3. невправимая паховая грыжа.
 4. ущемленная бедренная грыжа.
 5. перекрут яичка.
2. Причиной формирования паховых и пахово-мошоночных грыж в детском возрасте является:
1. слабость мышц передней брюшной стенки
 2. необлитерация вагинального отростка брюшины
 3. длительное значительное напряжение мышц брюшного пресса
 4. вертикальное положение тела
 5. реканализация вагинального отростка брюшины
3. Назовите возрастной срок оперативного вмешательства при водянке оболочек яичка и семенного канатика.
1. после установления диагноза.
 2. 6 мес.

3. 2 года.
4. 5 лет.
5. 6 лет

4. При изолированной водянке оболочек яичка показана операция:

1. перевязка вагинального отростка брюшины по Россу
2. Дюамеля
3. Винкельмана
4. Бергмана
5. Петривальского

5. Для дифференциальной диагностики ущемленной паховой грыжи и остро развившейся водянки оболочек яичка показано:

1. пункция мошонки
2. диафаноскопия
3. срочное оперативное лечение
4. УЗИ мошонки
5. наблюдение в условиях хирургического стационара

6. В каких случаях положительная проба с хроническим гонадотропином имеет диагностическую ценность?

1. Односторонний крипторхизм.
2. Двухсторонний брюшной крипторхизм.
3. Ложный крипторхизм.
4. Анорхизм.
5. Монорхизм.

7. У ребенка в возрасте после 2-х лет обнаружена пупочная грыжа, размеры грыжевых ворот 1 см х 1 см, что необходимо предпринять.

1. Наложение пелота.
2. Лейкопластырная повязка.
3. Оперативное вмешательство.
4. Массаж передней стенки живота, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение

8. Укажите особенности эвакуаторной способности толстой кишки у детей:

1. более быстрая эвакуация химуса, чем у взрослых
2. более медленная эвакуация химуса, чем у взрослых
3. при искусственном вскармливании сроки эвакуации уменьшаются
4. при искусственном вскармливании сроки эвакуации удлиняются
5. характер вскармливания не влияет на скорость эвакуации содержимого

9. Выявленная при ирригографии расширенная, многопетлистая сигмовидная кишка, сглаженность гаустрации после ее опорожнения характерно для:

1. долихосигма
2. болезнь Гиршпрунга
3. мегаколон
4. спаечная непроходимость кишечника
5. болезнь Крона

10. Назовите признаки истинного роста гемангиомы:

1. увеличение размеров соответственно росту ребенка
2. изменение границ, высоты и интенсивности окраски
3. изменение окраски
4. появление бледных и синюшных пятен
5. появление кровоточивости

Острые заболевания органов мошонки. Фимоз, парафимоз, баланопостит. Аномалии мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Экстрофия мочевого пузыря. Гипоспадия. Аномалии почек и мочеточников, классификация. Гидронефроз, диагностика, лечение.

1. Основная причина пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей:

1. инфравезикальная обструкция
2. нейромышечная дисфункция
3. удвоение мочеточников
4. уретероцеле
5. незаращением мочевого протока

2. В каком возрасте чаще выявляется пузырно-мочеточниково-лоханочный рефлюкс:

1. до 1 года
2. 1-5 лет
3. 5-12 лет
4. старше 12 лет
5. у взрослых

3. Наиболее информативное исследование при подозрении на пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей:

1. УЗИ почек и мочевого пузыря
2. внутривенная урография
3. цистография при тугом наполнении и при микции
4. динамическая реносцинтиграфия
5. урофлоуметрия

4. При каком заболевании острая задержка мочи является рефлекторной:

1. фимоз
2. камень уретры
3. острый баланопостит
4. эктопическое уретероцеле
5. гипоспадия

5. Возрастные показания к оперативному лечению эписпадии:

1. до 1 года
2. 1-3 года
3. 4-6 лет
4. 10-15 лет
5. после полового созревания

6. При установлении диагноза "острый баланопостит", врач обязан:

1. направить ребенка к детскому урологу-андрологу
2. продолжить наблюдение
3. дать рекомендации по гигиене
4. назначить антибиотик
5. назначить уросептик

7. Причиной врожденного гидронефроза не является:

1. абберантный сосуд
2. стеноз пиелоуретрального сегмента
3. Высокое отхождение мочеточника
4. Ретрокавальный мочеточник
5. Камень пиелоуретрального сегмента

8. Что относится к аномалиям развития почек у детей:

1. гипоспадия
2. удвоенная почка
3. нефролитиаз
4. гломерулонефрит
5. пиелонефрит

9. Дистопия почки – это

1. аномалия количества
2. аномалия величины
3. аномалия расположения
4. аномалия структуры
5. аномалия ЧЛС

10. В дифференциальной диагностике вторично сморщенной и гипопластической почки решающим методом исследования у детей является:

1. экскреторная урография;
2. планиметрия почки;
3. почечная ангиография;
4. биопсия почки;
5. динамическая сравнительная радиоизотопная ренография.

Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией. Врожденная кишечная непроходимость: атрезия двенадцати- перстной кишки, подвздошной кишки, синдром Ледда. Пилоростеноз. Аноректальные пороки: атрезии и свищи.

1. Что является ведущим звеном в этиопатогенезе пилоростеноза.

1. внутриутробное инфицирование и последующее рубцевание привратника.
2. врожденный дефицит парасимпатических нервных образований привратника.
3. гиперплазия продольной мышцы привратника и порок развития парасимпатических ганглиев.
4. гиперплазия циркулярной мышцы и слизистой.
5. гиперплазия всех мышечных слоев привратника и аномальная иннервация привратника парасимпатическими нервными образованиями.

2. Назовите возможные осложнения в послеоперационном периоде после пилоромiotомии.

1. асцит.
2. копростаз.
3. перитонит.
4. анурия.
5. нарушение дыхания.

3. Назовите наиболее типичную перистальтику желудка при пилоростенозе.

1. отсутствует.
2. усилена, сегментирующая.
3. постоянная.
4. обычная
5. эпизодическая.

4. Метаболические изменения при пилоростенозе у новорожденного сопровождаются:

1. гипонатриемией
2. гипокалиемией
3. гиперхлоремией
4. гипомагниемией
5. гиперкальциемией

5. Морфологическими признаками врожденного пилоростеноза являются:

1. недифференцированность мышечных слоев наряду с изолированной гипертрофией пилоруса
2. ишемия сосудов стромы
3. дистрофические изменения всех клеточных компонентов всех оболочек пилоруса

4. уменьшение толщины мышечного слоя
5. отек слизистой оболочки

6. У новорожденного ребенка через 10 часов после рождения отмечается вздутие живота, повышение температуры до субфебрильных цифр, рвота застойным содержимым, отсутствие мекония. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные уровни в кишечнике. Поставьте диагноз.

1. перфорация кишечника.
2. черепно-мозговая травма.
3. низкая кишечная непроходимость.
4. пилоростеноз
5. ОРВИ

7. К высокой непроходимости кишечника относится:

1. Болезнь Гиршпрунга.
2. Мекониальная непроходимость.
3. атрезия 12-перстной кишки.
4. атрезия подвздошной кишки.
5. атрезия ануса

8. Заворот "средней" кишки проявляется клиникой:

1. странгуляционной кишечной непроходимости
2. динамической кишечной непроходимости
3. интоксикации
4. системного воспаления
5. эксикоза

9. Высокая врожденная кишечная непроходимость сопровождается:

1. интоксикацией
2. равномерным вздутием живота
3. эксикозом
4. брадикардией
5. анемией

10. Какой из пороков развития сопровождается незавершенным поворотом кишечника:

1. пилоростеноз
2. атрезия двенадцатиперстной кишки
3. атрезия подвздошной кишки
4. синдром Ледда
5. синдром Дауна

Пороки развития органов грудной полости: атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, врожденная лобарная эмфизема. Некротизирующий энтероколит.

1. Что является наиболее распространенной аномалией пищевода у новорожденного?

1. трахеопищеводный свищ.
2. аплазия пищевода.
3. атрезия пищевода.
4. атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом.
5. атрезия с верхним трахео-пищеводным свищом.

2. Все диагностические мероприятия для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом верны, кроме:

1. рентгенография пищевода с йодлиполлом.
2. эзофагоскопия.
3. рентгенография пищевода с введенным в пищевод резиновым катетером.
4. трахеобронхоскопия.
5. введение в пищевод воздуха через находящийся в нем катетер.

3. У ребенка 1 мес. с первых дней после рождения отмечается во время кормления приступообразный кашель. В легких постоянно выслушиваются влажные хрипы. Предварительный диагноз.

1. халазиякардии.
2. диафрагмальная грыжа.
3. трахеопищеводный свищ.
4. лобарная эмфизема.
5. атрезия хоан

4. У новорожденного ребенка спустя 1 час после рождения выявлено редкое дыхание, цианоз, грудная клетка ассиметричная, левая половина увеличена в объеме, ограничена в экскурсии. Отмечается смещение органов средостения вправо. На обзорной рентгенограмме грудной клетки имеется медиастинальная грыжа, смещение органов средостения вправо, мелко ячеистый рисунок в области левого легкого, контуры диафрагмы не дифференцируются. Диагноз.

1. атрезия пищевода.
2. спонтанный пневмоторакс.
3. лобарная эмфизема.
4. диафрагмальная грыжа.
5. бронхоэктатическая болезнь

5. Укажите наиболее часто встречающиеся формы врожденной диафрагмальной грыжи

1. истинные
2. ложные
3. Богдалека
4. пищеводного отверстия
5. правого купола

6. Где наиболее часто локализуется рожденная лобарная эмфизема легкого

1. в нижней доле легкого
2. в целом легком
3. в верхней доле легкого
4. в средней доле легкого
5. в легочном сегменте

7. Врожденная лобарная эмфизема определяется следующими морфологическими признаками:

1. гипоплазией хряща долевого бронха и дефицитом эластических волокон в стенке альвеол
2. гиперплазией слизистой бронхов
3. отсутствием долевого бронха
4. отсутствием сосудов доли легкого
5. гипоплазией хряща бронхов 3-4 порядка

8. Некротический энтероколит является:

1. тяжелым воспалительным процессом у недоношенных новорожденных
2. локальным воспалительным процессом
3. болезнью преимущественно доношенных детей

4. аутоиммунным воспалительным процессом доношенных детей
 5. не воспалительным процессом у недоношенных детей
9. Назовите основные осложнения течения некротического энтероколита:
1. пневмония
 2. перитонит
 3. внутрибрюшное кровотечение
 4. заворот кишки
 5. аспирация
10. Выберите метод диагностики некротического энтероколита:
1. КТ
 2. УЗИ
 3. обзорная рентгенография брюшной полости + УЗИ
 4. контрастная рентгенография желудочно-кишечного тракта
 5. общеклиническое обследование

4. Ситуационные задачи

**Острый аппендицит, особенности у детей. Аппендикулярный перитонит.
Классификация, клиника, диагностика, лечение. Инвагинация кишечника у детей.**

Ситуационная задача 1.

Ребенок 6 месяцев внезапно проявил беспокойство, кричит, стонет, сучит ножками, была рвота. Приступ беспокойства продолжался 5-7 мин., повторился приступ. Стул был неизменный, а спустя 7 часов стала выделяться кровянистая слизь. При осмотре живот не вздут, мягкий, безболезненный, но в мезогастрии определяется болезненная "опухоль". При ректальном исследовании - на пальце кровь.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте тактику
3. Предложите способы лечения

Ситуационная задача 2.

Девочка С., 10 лет прооперирована в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного аппендицита с типичным расположением отростка в районной больнице. Ближайший послеоперационный период гладкий. На 5-е сутки после операции у девочки появился жидкий стул без патологических примесей (4 раза за сутки) ноющие боли над лоном и при дефекации, субфебрильная температура. При осмотре хирургом в поликлинике выявлена умеренная болезненность над лоном при пальпации, с-м Щеткина-Блюмберга слабо-положительный. При ректальном исследовании определялось болезненное образование на передней стенке прямой кишки, 3 см плотно-эластической консистенции, без размягчения. В правой подвздошной области определяется послеоперационный шов длиной 5 см без признаков воспаления, ампула прямой кишки пустая, мочеиспускание не нарушено.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте тактику
3. Предложите способы лечения.

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей, пальцев, кисти.

Острый гематогенный остеомиелит у детей, этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

Ситуационная задача 1.

Больная А., 2 месяцев поступила в экстренном порядке через 3 суток от начала заболевания с жалобами родителей на вялость ребенка, снижение аппетита, выраженное беспокойство при каждом пеленании ребенка, вынужденное положение правой нижней конечности- согнута, ротирована кнаружи и отведена, отек мягких тканей в верхней трети бедра, активных движений нет, повышение температуры до 38,2 ° С. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стул и диурез не нарушены.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Обоснуйте обследование
3. Предложите лечения.

Ситуационная задача 2.

В поликлинику, на прием к детскому хирургу обратился ребенок К., 7 лет с жалобами на боль, отек в области левой ладонной поверхности кисти, подъем температуры до 39,0°С, бессонную ночь. Из анамнеза известно, что 5 дней назад ребенок поранил левую кисть на прогулке. Через 2 дня в области ладонной поверхности левой кисти появилось покраснение, отек, краснота ограничение движений в пястно-фаланговых суставах левой кисти.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Назначьте обследование и лечение.

Пороки развития, связанные с нарушением облитерации влагалищного отростка брюшины (паховая грыжа, ущемленная грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Крипторхизм. Пупочная грыжа. Пороки развития и заболевания толстой кишки: болезнь Гиршпрунга, долихосигма. Доброкачественные образования мягких тканей (гемангиома, тератома, пигментные пятна, лимфангиомы).

Ситуационная задача 1.

У мальчика в возрасте 1 г. отсутствует яичко в правой половине мошонки. Ребенок растет и развивается соответственно возрасту. При осмотре правая половина мошонки недоразвита, при пальпации мошонки слева яичко обычных размеров и консистенции. Справа яичко в мошонке и паховой области не определяется.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте исследования
- 2.С какого возраста показано оперативное

лечениеСитуационная задача 2

Мать ребенка 10 месяцев предъявляет жалобы на беспокойство его в течение 6 часов, была двукратная рвота. При осмотре определяется в правой паховой области болезненное опухолевидное образование округлой формы, с четкими границами, неподвижное, плотноэластической консистенции. Кожа над ним не изменена.

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назначьте и обоснуйте исследования
3. С какого возраста показано оперативное лечение

Острые заболевания органов мошонки. Фимоз, парафимоз, баланопостит. Аномалии мочевого пузыря и мочеиспускательного канала. Экстрофия мочевого пузыря. Гипоспадия. Аномалии почек и мочеточников, классификация. Гидронефроз, диагностика, лечение

Ситуационная задача 1.

У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 2.

В роддоме родился ребенок с врожденным пороком развития. При осмотре выявлено отсутствие передней брюшной стенки и передней стенки мочевого пузыря, пупочное кольцо примыкает к верхнему краю дефекта, моча постоянно подтекает.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика лечения?

Принципы оказания и организация помощи новорожденным с хирургической патологией. Врожденная кишечная непроходимость: атрезия двенадцатиперстной кишки, подвздошной кишки, синдром Ледда. Пилоростеноз.

Ситуационная задача 1

При осмотре в приемном покое новорожденного 4-х суток жизни, выявлено, что у ребенка с 2 часов ночи появилась обильная рвота желчью, резкое приступообразное беспокойство. Меконий отходил в роддоме, был переходный стул, с 2 часов ночи стула не было. Младенец от V беременности, протекавшей на фоне хронического кольпита, многоводия, гестоза у матери хронический пиелонефрит, От I срочных родов, родился с массой 2400,0, оценка по шкале Апгар - 7/8 баллов. Аллергических реакций нет. Гемотрансфузии не производились. Общее состояние тяжелое, акроцианоз. Дыхание в легких пуэрильное. ЧД 50 в 1'. Тоны сердца ясные, чистые. ЧСС – 140 уд в мин. Живот не вздут, болезненный при пальпации в левых отделах, мягкий. Границы печени и селезенки в пределах возрастной нормы. Введена газоотводная трубка – газы не отходят, стула нет, на трубке – слизь с кровью. В ОАК: RBC $3,8 \times 10^{12}/L$, HGB 102 g/L, WBC $18,8 \times 10^9/L$, BAND - 4, NEU - 33,

LYM 53, MONO 10, СОЭ 2 мм/час. ОАМ: уд вес - 1008, цвет — желтый, прозрачный.; сахар, белок - отр., эпителий 1-2 в п/з, лейкоциты - 5-6 в п/з, эритроциты - 1-2 в п/з, слизь ++ Биохимическое исследование крови: TP 68 g/L, глюк - 5,0 mmol/L, К - 4,2 mmol/L, TBIL - 22 ummol/L, DBIL - 6,2 ummol/L

1. Поставьте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. План обследования
3. Назовите основные этапы лечения.

Ситуационная задача 2

У новорожденного ребенка к концу 2 суток после рождения появилась обильная рвота желчью, "застойным" содержимым. Меконий не отходит. Отмечено нарастающее вздутие живота, повышение температуры до субфебрильных цифр. После введения газоотводной трубки меконий не получен, газы не отходят. При зондировании желудка получено 30 мл густого "застойного" содержимого.

1. Поставите и обосновать предварительный диагноз.
2. Рекомендуемые (дополнительно к имеющимся в условии задачи) исследования.
3. Назначить (с обоснованием) необходимое больному лечение.

Аноректальные пороки: атрезии и свищи. Пороки развития органов грудной полости: атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, врожденная лобарная эмфизема. Некротизирующий энтероколит.

Ситуационная задача 1

Мальчик И., 1 день, родился с массой тела 3050,0 от первой беременности, протекающей с гестозом I и II половины. Сразу после рождения у ребенка появилось затрудненное дыхание, выраженная одышка до 82 в минуту, цианоз, усиливающиеся при крике и беспокойстве, мраморность кожных покровов, деформация грудной клетки в виде бочкообразного выпячивания слева. Дыхание затрудненное с участием вспомогательной мускулатуры, Перкуторно слева тимпанит, аускультативно дыхание справа ослабленное, выслушиваются проводные хрипы, слева - не выслушивается. Тоны сердца прослушиваются справа от грудины, пульс 158 ударов в минуту. Живот асимметричен за счет выступающей печени, ниже пупка – запавший.

1. Предварительный диагноз.
2. Объем обследования.
3. Что является причиной нарастания симптомов внутриплеврального напряжения.

Ситуационная задача 2

Мальчик В., 5 суток. Находится в отделении патологии новорожденных в течение 3-х суток. Жалобы на постоянное вздутие живота, наличие застойного желудочного содержимого, рвоту, окрашенную желчью, вялость, бледность, повышение температуры тела до 38,3°.

Из анамнеза известно, что ребенок от матери 23 лет, не находящейся на учете гинеколога. Беременность IV, роды первые. Ребенок родился в ягодичном предлежании. Роды на 35 неделе, самостоятельные, масса тела 2100 г. Оценка по шкале Апгар – 4 – 5 баллов. К гру- ди приложен через 6 часов, сосал вяло. На 2 сутки после рождения появились срыгивания, частота которых нарастала, вздутие живота, задержка отхождения газов и стула.

При осмотре: состояние тяжелое, вялый. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Большой родничок 3 x 2,5 см, не выбухает. В легких дыхание жесткое, хрипов нет, пульс – 140 в минуту. АД – 80/40 мм. ртутного столба, ЧД – 52 в минуту. Живот равномерно вздут, видна перистальтика кишечника, пальпации не доступен. Меконий не отходил.

ОАК: Эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин - 135 г/л; Цветной показатель – 1,0; Тромбо- циты – 320 тыс; Лейкоциты – $14,7 \times 10^9/л$; Эозинофилы – 3%; Палочкоядерные – 14%; Сегментоядерные – 57%; Лимфоциты – 20%; Моноциты – 6%; СОЭ – 45 мм/ч.

Б/х крови: Общий белок – 45 г/л; Билирубин – непрямая реакция – 28,0 мкмоль/л; Моче-вина – 4,7 ммоль/л; Калий – 3,7 ммоль/л; Натрий – 130 ммоль/л.

КЩС – Ph – 7,34; SB – 18 ммоль/л; BB – 28 ммоль/л; BE – 4,8 ммоль/л; PO₂ – 45 ммоль/л; PCO₂ – 38 мм рт. ст.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования нужно провести.
3. Какова тактика лечения данного больного.