Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 20.03.2025 14:33:29
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2037b7d4eec019bfda794cb4

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
_____/Костив Е.П./
«17» мая 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.42 Детская хирургия

Индекс, наименование

основной образовательной программы высшего образования

Направление подготовки (специальность)	**31.05.02 Педиатрия** (код, наименование)
Уровень подготовки	специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи детям, включающей мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	**6 лет**
Институт хирургии	

Владивосток 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по дисциплине Б1.О.42 Детская хирургия для 31.05.02 Педиатрия в сфере профессиональной деятельности **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций**

Б1.0.41 Детская хирургия изучается в семестре 9 и А

Освоение дисциплины Б1.О.42 Детская хирургия направлено на формирование у обучающихся следующих компетенций

Индикаторы достижения установленных общепрофессиональных компетенций

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	**Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции**
Диагностические инструментальные методы обследования	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИДК.ОПК-4_1- применяет медицинские изделия для диагностики, лечения, реабилитации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи; ИДК.ОПК-4_2- проводит обследование пациента с использованием общеклинических, лабораторных и инструментальных методов с учетом особенностей детей разного возраста ИДК.ОПК-4_3- оценивает результаты проведенного обследования с целью установления диагноза
Лечение заболеваний и состояний	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	ИДК.ОПК-7_1- самостоятельно назначает лечение, определяет дозировки лекарственных средств и режимы медикаментозной терапии в соответствии с существующими рекомендациями; ИДК.ОПК-7_2- осуществляет контроль эффективности проводимой терапии, регулирует схемы назначенного лечения при необходимости, учитывает особенности приема лекарственных средств у детей разного возраста; ИДК.ОПК-7_3- учитывает противопоказания при назначении лечения, определяет и выявляет нежелательные явления при приеме лекарственных средств

Индикаторы достижения профессиональных компетенций

Профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый» (Приказ Министерства труда и социальной защиты от 27.03.2017 №306н)		
ОТФ Оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вывозе медицинского работника		
Тип профессиональной деятельности - диагностический, вид задач профессиональной деятельности - обследование детей с целью установления диагноза		
Трудовая функция	**Код и наименование профессиональной компетенции выпускника**	**Индикаторы достижения профессиональной компетенции**
А/01.7 Обследова	ПК-1 Способность и готовность к сбору и анализу жалоб	ИДК.ПК-1_1- способен установить контакт и получать информацию, оформить и проанализировать анамнез жизни,

ние детей с целью установления диагноза	пациента, данных анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях оценки состояния и установления факта наличия или отсутствия заболевания, в том числе с использованием цифровых технологий	эпидемиологический, генеалогический, аллергологический и другие виды анамнеза ребенка ИДК.ПК-1_2- способен оценить состояние и самочувствие ребенка, провести объективный осмотр органов и систем организма ребенка, в том числе с использованием телемедицинских технологий ИДК.ПК-1_3- способен оценить клиническую картину острых и хронических болезней и состояний, требующих оказания медико-санитарной, экстренной, неотложной, паллиативной помощи детям и поставить предварительный диагноз; ИДК.ПК-1_4- способен оценивать результаты лабораторного и инструментального обследования детей по возрастно-половым группам ИДК.ПК-1_5- обладает знаниями клинической картины болезней и состояний, требующих направления детей к врачам-специалистам с учетом обследования и действующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), порядков оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-2. Способность и готовность к осуществлению комплекса мероприятий, в том числе внедрения инновационных методов и методик диагностики, направленных на раннюю диагностику заболеваний, выявление причин и условий их возникновения и развития с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-2_1- способен составить план обследования детей с целью установления клинического диагноза с обоснованием; ИДК.ПК-2_2-способен обосновать необходимость направления детей на консультацию к врачам-специалистам и на госпитализацию; ИДК.ПК-2_3- способен пользоваться медицинской аппаратурой, которая входит в стандарт оснащения кабинета врача-педиатра участкового в соответствии с порядком оказания медицинской помощи; ИДК.ПК-2_4- способен определять необходимость и целесообразность и применять инновационные методы и методики диагностики заболеваний у детей, в том числе цифровых помощников врача
Тип профессиональной деятельности - лечебный, вид задач профессиональной деятельности - назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности		
А/02.7 Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности	ПК-3 Способность и готовность к определению тактики ведения и назначения медикаментозной и немедикаментозной терапии, диетотерапии с учётом возраста ребёнка, диагноза, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи с использованием цифровых технологий; к участию во внедрении инновационных методов и методик лечения	ИДК.ПК-3_1-способен составлять план лечения болезней и состояний ребенка с учетом его возраста, диагноза и клинической картины заболевания, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; ИДК.ПК-3_2 - назначать медикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; ИДК.ПК-3_3 - назначать немедикаментозную терапию с учетом возраста ребенка, диагноза и клинической картины болезни, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; ИДК.ПК-3_4 - определять необходимость и целесообразность применения инновационных методов и методик лечения заболеваний у детей, применять инновационные методы и методики лечения заболеваний у детей.
	ПК-4 Способность и готовность к оценке эффективности и безопасности медикаментозной и немедикаментозной терапии и диетотерапии с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-4_1 - анализировать действие лекарственных препаратов по совокупности их фармакологического воздействия на организм в зависимости от возраста ребенка; ИДК.ПК-4_2 - оценивать эффективность и безопасность медикаментозной терапии; ИДК.ПК-4_3 - оценивать эффективность и безопасность немедикаментозной терапии

	ПК-5 Способность и готовность к оказанию первичной медико-санитарной помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих срочного медицинского вмешательства, но не требующих экстренной медицинской помощи с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-5_1 - оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-6 Способность и готовность к оказанию медицинской помощи детям при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, сопровождающихся угрозой для жизни пациента, требующих оказания экстренной медицинской помощи, в том числе с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-6_1 - оказывать медицинскую помощь при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний с явными признаками угрозы жизни пациента, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; ИДК.ПК-6_2 - проводить мероприятия для восстановления дыхания и сердечной деятельности, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи
	ПК-7 Способность и готовность к оказанию паллиативной медицинской помощи детям, в том числе с использованием цифровых технологий	ИДК.ПК-71- оказывать паллиативную медицинскую помощь детям, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи
Тип профессиональной деятельности - реабилитационный, вид задач профессиональной деятельности - реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей		
А/03.7 Реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей	ПК- 8 Способность и готовность к определению нарушений в состоянии здоровья детей, приводящие к ограничению их жизнедеятельности; к направлению детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности в службу ранней помощи, в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь, для прохождения медико-социальной экспертизы	ИДК.ПК-8_1- определять степень и характер нарушений в состоянии здоровья детей, приводящих к ограничению жизнедеятельности, медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов и медицинской помощи; ИДК.ПК-8_2- определять врачей-специалистов для проведения реабилитационных мероприятий среди длительно и часто болеющих детей и детей с хроническими заболеваниями в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; ИДК.ПК-8_3- обосновывать показания для направления детей с нарушениями, приводящими к ограничению их жизнедеятельности, для прохождения медико-социальной экспертизы

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма

1	Текущий контроль	Тесты
		Миникейсы
		Сценарии стандартизированных пациентов
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий, миникейсов, ситуационных задач

Оценочные средства для текущего контроля:

	ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ (несколько правильных ответов)
1.	Основными симптомами острого аппендицита являются: А. Рвота Б. Пассивная мышечная защита брюшной стенки в правой подвздошной области В. Гипертермия Г. Локальная болезненность в правой подвздошной области Д. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области 1- Б, Г, Д
2.	К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы: А. Воскресенского Б. Щеткина-Блюмберга В. Бартомье – Мехельцова Г. Раздольского Д. Ситковского 2 - А, Б, Г
3.	Острый аппендицит у детей до 3 лет проявляется основными симптомами: А. Ребенок локализует боль в правой подвздошной области Б. Ребенок не может четко локализовать боль В. Активное напряжение мышц живота Г. Пассивная мышечная защита в правой подвздошной области Д. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области 3 – Б, Г, Д
4.	Чем объяснить локализацию болей вокруг пупка при остром аппендиците у детей до 3 лет? А. Расположением отростка Б. Склонностью к иррадиации нервных импульсов В. Высоким расположением сальника Г. Близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки Д. Вовлечением в воспалительный процесс мезентериальных лимфоузлов 4 – Б, Г
5.	К закрытым повреждениям органов брюшной полости, сопровождаемым пневмоперитонеумом, относят: А. Травмы селезенки Б. Травмы тонкой кишки В. Травмы поджелудочной железы Г. Травмы печени Д. Травмы желудка

	5. - Б, Д
6.	Для закрытой травмы селезенки характерны: А. Положительный симптом Кера Б. Сильные опоясывающие боли В. Укорочение перкуторного звука в левой половине живота Г. Слабый симптом Щеткина-Блюмберга Д. Лейкоцитоз 6 - А, В, Г, Д
7.	Для закрытой травмы живота с повреждением полого органа характерны: А. Укорочение перкуторного звука в отлогих местах; Б. Выраженные симптомы раздражения брюшины; В. Симптом ваньки-встаньки; Г. Наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически; Д. Симптом исчезновения печеночной тупости. 7 - Б, Г, Д
8.	Для диагностики травматического повреждения паренхиматозных органов брюшной полости используют: А. Ангиографию Б. Лапароскопию В. Пневмоперитонеум Г. Обзорную рентгенографию брюшной полости Д. Пневмоирригографию 8 - А, Б, Г
9.	Симптомы закрытой травмы печени: А. Положительный френикус-симптом Б. Болезненность и слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье В. Свободный газ в брюшной полости Г. Укорочение перкуторного звука в правом боковом канале Д. Положительный симптом Пастернацкого. 9 - А, Б, Г
10.	Пути проникновения инфекции при ОГДП: А. Аэробронхогенный Б. Гематогенный В. Лимфогенный Г. Контактный Д. Фекально-оральный 10 - А, Б
	ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ (установите соответствие)
11.	Определите значимость каждого из перечисленных методов диагностики закрытых повреждений органов брюшной полости: *Метод* А. Перитонеальный лаваж. Б. Обзорная рентгенография брюшной полости. В. УЗИ органов брюшной полости. Г. Ангиография. *Возможности* а – позволяет диагностировать повреждение полых органов по наличию свободного газа в верхних отделах живота; б - позволяет определить наличие крови или патологических примесей в брюшной полости; в- позволяет установить источник кровотечения и в необходимых случаях

	Д. КТ.	провести эмболизацию сосуда; г - неинвазивный и высокоинформативный метод диагностики травмы паренхиматозного органа и определения крови в брюшной полости, а также ее количества; д - помогает определить степень повреждения паренхиматозного органа. 11 - А – б, Б – а, В – г, Г – в, Д - д
12.	*Клинические признаки* А. Симптом Кера Б. Притупление перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области В. Исчезновение тупости при перкуссии над печенью Г. Сильнейшие боли в эпигастральной области опоясывающего характера 12 - А - б, Б - г, В - в, Г - а	*Диагноз* а) повреждение поджелудочной железы б) повреждение селезенки в) повреждение желудка г) повреждение печени
13.	*Клинические признаки* А. Притупление перкуторного звука в отлогих местах Б. Наличие свободного воздуха в брюшной полости В. Боль и припухлость в поясничной области Г. Коллабирование легкого переместившимися в плевральную полость петлями тонкой кишки Д. Боли внизу живота, частые болезненные и безболезненные позывы на мочеиспускание 13 - А - г, Б - д, В - в, Г - б, Д – а	*Диагноз* а) разрыв мочевого пузыря б) разрыв диафрагмы в) разрыв почки г) разрыв селезенки д) разрыв тонкой кишки
14.	*Степень* *Характеристики повреждения селезенки (классификация AAST)* I II III IV V	а) субкапсулярная гематома, не нарастающая, занимающая 10-50%; интрапаренхиматозная гематома, не нарастающая <2 см в диаметре; разрыв капсулы, активное кровотечение, 1–3 см глубиной, без повреждения трабекулярных сосудов б) субкапсулярная гематома, не нарастающая, <10 % площади поверхности органа; разрыв капсулы, некровоточащий, <1 см глубиной; в) разрыв >3 см глубиной или вовлекающий трабекулярные сосуды; прорыв интрапаренхиматозной гематомы с активным кровотечением г) субкапсулярная гематома, >50 % поверхности или нарастающая; интрапаренхиматозная гематома >2 см в диаметре или нарастающая; прорыв субкапсулярной гематомы с активным кровотечением; д) разрыв, вовлекающий сегментарные сосуды или сосуды ворот

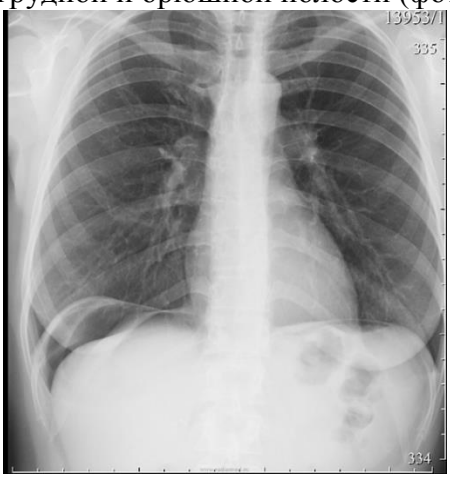
	селезенки, с массивной деваскуляризацией (>25 %); полностью размозженная селезенка; повреждение сосудов ворот с деваскуляризацией селезенки 14 - I - б, II - а, III - г, IV – в, V - д
15.	*Степень* — *Характеристики повреждения печени* I — а) повреждение капсулы и паренхимы глубиной до 1 см; II — б) массивное повреждение печени и ее сосудов; III — в) повреждение доли печени с образованием обширной центральной гематомы; IV — г) повреждение паренхимы глубиной до 3 см; подкапсульная гематома до 10 см; V — д) повреждение паренхимы глубиной более 3 см; подкапсульная гематома более 10 см. 15 - I - а, II - г, III - д, IV - в, V - б
16.	*Степень* — *Характеристики повреждения поджелудочной железы* I — а) небольшая контузия, поверхностный разрыв без повреждения протока без повреждения протока; II — б) массивное разрушение головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки; III — в) проксимальное пересечение или повреждение паренхимы, включая ампулу; IV — г) дистальное пересечение или повреждение паренхимы/протока; V — д) значительная контузия, большой разрыв без повреждения протока или утраты ткани. 16 - I - а, II - д, III - г, IV - в, V - б
17.	*Диагноз* — *Клиническая ситуация* I. Травма почки — а) боль в животе или поясничной области, припухлость в поясничной области, гематурия; II. Травма мочевого пузыря — б) боли в нижних отделах живота, напряжение мышц передней брюшной стенки; III. Травма мочеточника — в) частые болезненные и безрезультатные позывы к мочеиспусканию; терминальная гематурия; IV. Травма уретры — г) боль в области промежности, мошонки, мочеиспускательного канала, усиливающаяся при позыве к мочеиспусканию; задержка мочи; выделение крови из уретры; припухлость в области промежности. 17 - I - а, II - б, III - г, IV - в
18.	*Блок воротного кровотока* — *Причины* 1. Надпеченочный блок — а) хронический гепатит, цирроз печени 2. Внутрипечёночный блок — б) муковисцидоз 3. Внепеченочный блок — в) катеризация пупочной вены г) болезнь Бадда-Хиари д) порок развития воротной вены е) порок сердца ж) гнойный омфалит, пупочный сепсис з) атрезия желчных ходов е) тромбоз воротной вены 18 - 1 – г, е, 2 – а, б, з, 3 – в, д, ж, е
19.	*Заболевания* — *Симптомы*

	1. Диафрагмальная грыжа а) стридорозное дыхание на выдохе 2. Атрезия пищевода б) обильные пенистые выделения изо рта и носа 3. Лобарная эмфизема в) асимметрия грудной клетки и западение живота 4. Трахеомаляция г) вздутие одной из половин грудной клетки 5. Инородное тело трахеи д) хлопающий звук при дыхании 19 - 1 – в, 2 – б, 3 – г, 4 – а, 5 - д
	ДАЙТЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ (один правильный ответ)
20.	Срок назначения на плановую операцию после перенесенного респираторного заболевания должен быть не менее: А. Недели Б. Двух недель В. Месяца Г. Полутора месяцев Д. Двух месяцев
21.	Рациональным путем управления созреванием у детей является: А. Хирургический, паллиативный Б. Ортопедические приемы В. Хирургическая реконструкция Г. Хирургический + медикаментозный Д. Щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание
22.	Реконструктивная операция, как этап реабилитации, направленная на создание искусственного пищевода показана у детей при: А. Ожоге пищевода 3-й степени Б. Ожоге пищевода 4-й степени В. Короткой рубцовой стриктуре пищевода Г. Рубцовом протяженном стенозе пищевода, не поддающемуся бужированию в течение 6 месяцев Д. рубцовом протяженном стенозе пищевода, не поддающемуся бужированию в течение 1 года
23.	Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних детским хирургом: А. 3, 6, 12 мес., 3 года, 6, 16, 17 лет. Б. 1 мес., 12 мес., 3 года, 6, 15, 16, 17 лет В. 3, 6, 12 мес., 3 года, 6, 16, 17 лет Г. 1, 12 мес., 3 года, 5, 12, 15, 16, 17 лет Д. 1, 6, 12 мес., 6, 15, 16, 17 лет
24.	После выписки из стационара детей с острой кишечной инвагинацией необходимо диспансерное наблюдение детским хирургом в течение: А. 6 мес. Б. 1 года В. 2-х лет Г. 5-ти лет Д. до 18 лет
25.	К летальным синдромам относятся: А. Морфана Б. Нунан В. Эдвардса Г. Дауна

	Д. Беквита-Видемана
26.	Бронхография противопоказана при: А. Опухоли легкого Б. Легочной секвестрации В. Врожденной лобарной эмфиземе Г. Кисте легкого Д. Бронхоэктазии
27.	При антенатальном ультразвуковом исследовании плода выявление симптома «двойного пузыря» («double-bubble») указывает на: А. Гидронефротическую трансформацию почек Б. Врождённую высокую кишечную непроходимость В. Врождённую низкую кишечную непроходимость Г. Омфалоцеле Д. Кисту брюшной полости
28.	Цистография противопоказана при: А. Пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах Б. Уретероцеле В. Обострении пиелонефрита Г. Опухолевом процессе в малом тазу Д. Опухоли мочевого пузыря
29.	Ведущим инструментальным методом диагностики на современном этапе при ущемленной паховой грыже у детей являются: А. КТ органов брюшной полости Б. КТ органов брюшной полости с контрастированием В. Диагностическая лапароскопия Г. УЗИ с допплерографией паховой области, мошонки, брюшной полости, включая малый таз Д. Диафаноскопия
30.	Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является: А. Вертикальное Б. Лежа В. На правом боку Г. На левом боку Д. Любое из предложенных
31.	Наиболее информативным диагностическим методом, позволяющим определить локализацию, распространенность периаппендикулярного инфильтрата и абсцесса является: А. УЗИ Б. Обзорная рентгенография органов брюшной полости В. Рентгенография ЖКТ с контрастированием Г. Лапароскопия Д. Компьютерная томография
32.	У ребенка кровотечение в виде мелены. Начать обследование необходимо с: А. Контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки Б. Эзофагогастродуоденоскопии В. Лапароскопии Г. Лапаротомии и ревизии брюшной стенки Д. Колоноскопии
33.	Больной с острым аппендицитом занимает положение в постели: А. На спине

	Б. На животе В. На правом боку с приведенными ногами Г. На левом боку с приведенными ногами Д. Сидя
34.	Симптомом Ситковского при остром аппендиците: А. Усиление болей в положении на левом боку Б. Появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного В. Усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области Г. Усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки Д. Усиление боли при перкуссии живота
35.	Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена: А. 3 часами Б. 6 часами В. 12 часами Г. 18 часами Д. 24 часами
36.	У ребенка на 2 сутки после аппендектомии отмечена сонливость, холодный пот, бледность кожи, сухой язык, тахикардия, снижение артериального давление на 5% относительно нормы, болезненность при пальпации живота в нижних отделах. Какое осложнение можно предположить: А. Несостоятельность культи отростка и развитие перитонита Б. Внутрибрюшное кровотечение В. Развитие сепсиса Г. Непроходимость кишечника Д. Состояние характерно для обычного течения послеоперационного течения
37.	Для диагностики острого аппендицита у детей до 3 лет используют А. Диазепам Б. Масочный наркоз В. Осмотр во время естественного сна Г. Спазмолитики Д. Блокаторы Н1-гистаминовых рецепторов
38.	Симптом Кохера-Волковича – это: А. Болезненность при перкуссии в эпигастрии Б. Начало заболевания острого аппендицита с боли в эпигастрии В. Болезненная пальпация в эпигастрии Г. Усиление боли при повороте на левый бок Д. Болезненность при надавливании в треугольнике Пти
39.	Назовите наиболее характерный симптом для острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка: А. Тошнота Б. Рвота В. Болезненность при мочеиспускании Г. Запор Д. Гипертермия
40.	Что изменяется в клинической картине острого аппендицита с наступлением гангрены отростка? А. Усиливается рвота

	Б. Усиливаются боли в животе В. Появляется частый жидкий стул Г. Наступает период мнимого благополучия Д. Повышается билирубин крови
41.	Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей: а) недоразвитие сальника; б) снижение пластических функций брюшины; в) преобладание экссудации и абсорбции; г) особенности возбудителя; д) малый объем брюшной полости. Выберите правильную комбинацию ответов: А. б, г, д Б. а, г, д В. в, г, д Г. а, б, в Д. а, в, г
42.	Назовите основной симптом, отличающий кишечную инфекцию от перитонита: А. Боли в животе Б. Отрицательные симптомы раздражения брюшины В. Многократная рвота Г. Частый разжиженный стул Д. Высокая температура
43.	Промывать брюшную полость при распространенном аппендикулярном перитоните рекомендуется: А. 0,2% водным раствором хлоргексидина биглюконата Б. 0,9% раствором натрия хлорида В. 3% раствором перекиси водорода Г. 1 % раствором гидроксиметилхиноксилиндиоксида Д. 1% раствором повидон-йода
44.	Тактика врача при транспортировке ребенка в хирургическое отделение с диагнозом перитонит: А. Доставить в хирургическое отделение Б. Поставить зонд в желудок, провести обезболивание В. Ввести антибиотики, обезболивающие Г. Поставить зонд в желудок, транспортировать на носилках Д. Поставить зонд в желудок, провести обезболивание, ввести антибиотики
45.	Ребенок 7 лет, оперирован по поводу гангренозного аппендицита с перфорацией червеобразного отростка, диффузным перитонитом, 2 фаза. Брюшная полость закрыта после промывания с дренажом в малом тазу. Какую антибактериальную терапию назначите при наличии антибиотиков: а) метронидазол, б) цефазолин, б) амоксициллин, в) гентамицин, г) амикацин, д) цефтриаксон, е) хлорамфеникол, ж) линкомицин. Верно: А. б, в Б. а, б В. Д Г. а, г, д Д. а, б, е
46.	Основными симптомами разлитого перитонита являются: А. Рвота, понос, постоянные боли в животе, положительный симптом Щеткина-Блюмберга Б. Рвота, защитное напряжение мышц, парез кишечника, положительный симптом Щеткина-Блюмберга В. Рвота, защитное напряжение мышц, парез кишечника, положительный симптом Щеткина-Блюмберга

	Г. Постоянные боли в животе, защитное напряжение мышц, парез кишечника, положительный симптом Щеткина-Блюмберга Д. Постоянные боли, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
47.	Причиной первичного перитонита у новорожденных преимущественно является: А. Язвенно – некротический энтероколит Б. Внутриутробная инфекция В. Перфорация желудка Г. Недоношенность Д. Врожденная кишечная непроходимость
48.	У ребенка с клиникой перитонита выполнена обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости (фото).  Ваше заключение: А. Патологии нет Б. Поддиафрагмальный абсцесс В. Паретическая непроходимость Г. Перфорация полого органа Д. Объемное образование печени
49.	Для диагностики острой кишечной непроходимости из дополнительных методов обследования в первую очередь используют: А. Ангиографию Б. Лабораторные исследования В. УЗИ Г. Обзорную рентгенографию брюшной полости Д. Компьютерную томографию
50.	Двумя ведущими симптомами полной кишечной непроходимости являются: А. Рвота съеденной пищей, вздутие живота Б. Асимметрия живота, отсутствие стула и газов В. Рвота съеденной пищей, асимметрия живота Г. Отсутствие стула и газов, выделение крови из прямой кишки Д. Рвота с патологическими примесями, отсутствие стула и газов
51.	Назовите основные признаки кишечной инвагинации: а) головная боль, б) жидкий стул, в) приступообразная боль в животе, г) повышение температуры тела более 39 градусов, д) рвота, е) кровь в конце акта дефекации, ж) определение опухолевидного образования в брюшной полости, з) стул в виде крови и слизи А. а, в, д Б. б, ж, з В. в, ж, з Г. д, е, ж

	Д. в, е, ж
52.	Основным 100% достоверным, специфичным неинвазивным методом в дополнительной диагностике инвагинации кишечника у детей для верификации диагноза в сомнительных случаях является: А. Ирригография с бариевой смесью Б. УЗИ органов брюшной полости В. Колоноскопия Г. Пневмоирригография Д. Лапароскопия
53.	Кровянистые выделения из прямой кишки при тонко-тонкокишечной инвагинации от начала заболевания появляются через: А. 5 - 6 час. Б. 12 -16 час. В. 12 - 24 час. Г. 24 - 36 час. Д. 72 час. 101 - В
54.	У ребенка в возрасте 6 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация с давностью заболевания 9 часов. Ваша тактика? А. Наблюдение Б. Консервативное расправление инвагината В. Исследование кишечника с барием Г. Операция в плановом порядке Д. Операция в экстренном порядке 108 - Д
55.	Основой профилактики острой кишечной инвагинации у детей грудного возраста является акцентирование всех родителей о необходимости: А. Закаливания ребенка Б. Своевременного введения в питание грудного малыша прикормов В. Проведения массажа живота Г. Приема пробиотиков Д. Постепенного и своевременного введения в питание грудного малыша новых смесей, прикормов в соответствие с принципами рационального вскармливания
56.	Показаниями к выполнению сифонной клизмы являются: А. Толстокишечная обтурационная непроходимость Б. Тонкокишечная обтурационная непроходимость В. Обтурация кишки, вызванная гельминтами Г. Спастическая кишечная непроходимость Д. Кишечная инвагинация
57.	При подозрении на непроходимость кишечника на догоспитальном этапе необходимо: А. Назначить очистительную клизму Б. Назначить анальгетики и спазмалитики В. Госпитализировать больного Г. Назначить тепловые процедуры Д. Все перечисленное верно
58.	Hematemesis — это: А. Кровавая рвота Б. Черный, дегтеобразный стул В. Мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые Г. Прожилки крови в каловых массах Д. Кровь в стуле ярко-красного или темно-бордового цвета

59.	Melaena – это: А. Кровавая рвота Б. Черный, дегтеобразный стул В. Мелкие кровоизлияния в кожу и слизистые Г. Прожилки крови в каловых массах Д. Кровь в стуле ярко-красного или темно-бордового цвета
60.	В фазу экстренной коррекции при геморрагическом шоке инфузионную терапию начинают с болюсного введения: А. Эритроцитарной массы Б. 5% раствора глюкозы В. Изотонических кристаллоидов Г. Жировой эмульсии Д. Коллоидов
61.	Объем жидкости, который следует ввести болюсно больному в фазу экстренной коррекции гиповолемии составляет: А. 5 мл/кг Б. 10 мл/кг В. 20 мл/кг Г. 200 мл/кг Д. 500 мл/кг
62.	Острая кровопотеря с дефицитом ОЦК от 20 до 30% соответствует степени: А. Легкой Б. Средней В. Тяжелой Г. Массивной Д. Смертельной
63.	Назовите препарат, используемый с гемостатической целью: А. Метамизол натрия Б. Менадиона натрия бисульфит В. Дифенгидрамин Г. Дротаверина гидрохлорид Д. Хлоропирамина гидрохлорид 131 - Б
64.	Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей от 2 до 5 лет является: А. Лейкоз Б. Трещина заднего прохода В. Язвенный колит Г. Полип прямой кишки Д. Гемофилия
65.	Объем инфузионной терапии при консервативном гемостазе из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка не должен превышать долженствующей потребности: А. 25% Б. 50% В. 75% Г. 80% Д. 100%
66.	Максимально длительность использования зонда Блэкмора не должна превышать: А. 12 час. Б. 24 час.

	В. 36 час. Г. 48 час. Д. 72 час.
67.	Сгустки алой крови в кале обычного цвета указывают на вероятность источника кровотечения в: А. Желудке Б. Тонкой кишке В. Начальном отделе толстой кишки Г. Сигмовидной или нисходящей кишке Д. Прямой кишке
68.	Рвота «кофейной гущей», неизмененной кровью со сгустками (гематомезис), дегтеобразный стул (мелена) указывают на кровотечение из: А. Пищевода, желудка и 12-перстной кишки Б. Тонкой кишки В. Начального отдела толстой кишки Г. Сигмовидной или нисходящей кишки Д. Прямой кишки
69.	Какой из отделов пищеварительного тракта наиболее часто поражается при болезни Крона? А. Толстая кишка Б. Тощая кишка В. Подвздошная кишка Г. Пищевод Д. Желудок
70.	Какой синдром является ведущим при закрытой травме живота с повреждением полого органа: А. Болевой Б. Гипертермический В. Судорожный Г. Острой кровопотери Д. Дыхательной недостаточности
71.	Триада симптомов: боль в животе или поясничной области, гематурия и припухлость в поясничной области характерны для: А. Травмы печени Б. Травмы восходящего и нисходящего отделов толстой кишки В. Травмы селезенки Г. Травмы почки Д. Травмы мочевого пузыря
72.	Боль внизу живота, частые болезненные и безрезультатные позывы к мочеиспусканию характерны для: А. Травмы печени Б. Травмы восходящего и нисходящего отделов толстой кишки В. Травмы селезенки Г. Травмы почки Д. Травмы мочевого пузыря
73.	Симптом Розанова (ваньки-встаньки) характерен для повреждения: А. Селезёнки Б. Желудка В. Тонкого кишечника Г. Толстого кишечника Д. Мочевого пузыря
74.	У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение

	печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать: А. Лапароцентез Б. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости В. Лароскопию Г. Ультразвуковое исследование Д. Ангиографию
75.	Наиболее информативным методом диагностики закрытой травмы живота, позволяющим одновременно диагностировать множественные и сочетанные повреждения, является: А. УЗИ Б. УЗИ с допплерографией В. КТ Г. КТ с внутривенным контрастированием Д. Сцинтиография
76.	У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразная лечебная тактика: А. Лапароцентез Б. Лапароскопия, осмотр брюшной полости В. Лапароскопия, установка длительного дренажа Г. Лапаротомия, ревизия брюшной полости Д. Наблюдение, консервативная терапия
77.	Центральная гемодинамика при гиповолемическом шоке характеризуется: А. Левожелудочковой недостаточностью Б. Правожелудочковой недостаточностью В. Централизацией кровообращения с уменьшением почечного кровотока Г. Депонированием крови в сосудах малого круга Д. Депонированием крови в сосудах брюшной полости
78.	При шокогенной травме с целью обезболивания вводят в возрастной дозировке: А. 1% раствор тримеперидина или 0,005% раствор фентанила Б. 1% раствор дифенгидрамина и 50% раствор метамизола натрия В. 2% раствор папаверина гидрохлорида и 50% раствор метамизола натрия Г. 50% раствор метамизола натрия Д. 2% раствор папаверина гидрохлорида + 50% раствор метамизола натрия + 1% раствор дифенгидрамина
79.	Основные клинические признаки инородного тела пищевода: А. Тошнота, головная боль, боль в животе Б. Внезапное расстройство глотания, боли в груди, слюнотечение В. Боль в животе, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга Г. Рвота, боль в животе, повышение температуры тела Д. Отсутствие характерных признаков
80.	Больной с инородным телом пищевода подлежит: А. Наблюдению в поликлинике у хирурга Б. Наблюдению в поликлинике у педиатра В. Госпитализации в детское хирургическое отделение при подтверждении наличия инородного тела после обследования на амбулаторном этапе Г. Немедленной госпитализации в педиатрическое отделение Д. Немедленной госпитализации в детское хирургическое отделение
81.	Назовите основные симптомы неосложненной funикулярной грыжи: а) увеличение размеров мошонки у ребёнка с рождения б) выпячивание в паховой области, иногда опускающееся в мошонку

	в) положительный симптом кашлевого толчка г) лёгкое, с урчанием, исчезновение выпячивания при пальпации д) частое беспокойство ребёнка, нарушение сна А) а, б, в Б) в, г, д В) б, в, г, Г) а, в, д Д) б, г, д
82.	При ущемленной паховой грыже более 12 часов независимо от состояния больного показано: А. Спазмолитики и теплая ванна Б. Наблюдение В. Антибиотики и постельный режим Г. Обзорная рентгенография брюшной полости. Д. Экстренная операция
83.	У девочки 2-х лет ущемленная паховая грыжа с давностью ущемления до 3 часов. Ей показано: А. Теплая ванна Б. Комплекс консервативных мероприятий, рассчитанных на самовправление грыжи В. Экстренная операция Г. Спазмолитики для облегчения вправления грыж Д. Кратковременный наркоз и вправление грыжи
84.	При дифференциальной диагностике между ущемленной паховой грыжей и остро возникшей кистой семенного канатика показано все, кроме: А. Диафаноскопии Б. Бимануальной пальпация внутреннего пахового кольца В. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости Г. УЗИ Д. Диагностической пункции
85.	При пупочной грыже у ребенка, не вызывающей нарушений общего состояния, оперировать следует: А. По установлении диагноза Б. До 1 года В. До 2 лет Г. С 3 – 5 лет Д. В подростковом возрасте
86.	У ребенка 3-х лет по ходу семенного канатика в течение длительного времени определяется образование мягко-эластичной консистенции, невправимое в брюшную полость, безболезненное. Какой предварительный диагноз? А. Киста элементов семенного канатика Б. Не сообщающаяся водянка оболочек яичка В. Сообщающаяся водянка оболочек яичка Г. Острая водянка семенного канатика Д. Пахово-мошоночная грыжа
87.	Врожденная паховая грыжа у детей связана с: А. Необлитерированным вагинальным отростком брюшины Б. Гиперпродукцией водяночной жидкости В. Нарушением лимфооттока Г. Слабостью передней брюшной стенки Д. Повышенной физической нагрузкой
88.	Клинические признаки аневризмы наружной яремной вены:

	А. Боли в области шеи Б. Выслушивание сосудистых шумов в зоне интереса В. Синдром верхней полой вены Г. Округлое образования кнаружи от кивательной мышцы при натуживании; Д. Кровотечение
89.	Для лечения капиллярных гемангиом не применяют: А. Хирургическое иссечение Б. Короткофокусную рентгенотерапию В. Склерозирующую терапию Г. Криотерапию Д. Терапию пропранололом
90.	Заболевания, которые не имеют тенденцию к самоизлечению, все, кроме: А. Капиллярные гемангиомы Б. Венозные дисплазии В. Кистозные лимфангиомы Г. «Винные» пятна Д. Артериовенозные мальформации
91.	В клинической картине синдрома Клиппеля-Треноне чаще превалируют следующие симптомы: А. Ночные боли, резкое увеличение объема конечности, варикозное расширение вен Б. Отёк со склонностью распространения на проксимальные отделы конечности, увеличение объема конечности, трофические расстройства кожи и ее придатков В. Расширение поверхностных вен, удлинение или утолщение конечности, ангиомы Г. Удлинение, утолщение поражённой конечности, видимая пульсация вен Д. Расширение поверхностных вен, трофические расстройства кожи и ее придатков, систолодиастолический шум
92.	В клинической картине слоновости конечностей чаще превалируют симптомы: А. Ночные боли, резкое увеличение объема конечности, варикозное расширение вен Б. Отёк со склонностью распространения на проксимальные отделы конечности, увеличение объема конечности, трофические расстройства кожи и ее придатков В. Расширение поверхностных вен, удлинение или утолщение конечности, ангиомы Г. Удлинение, утолщение поражённой конечности, видимая пульсация вен Д. Расширение поверхностных вен, трофические расстройства кожи и ее придатков, систолодиастолический шум
93.	Гемангиома представляет собой: А. Порок развития кровеносных сосудов Б. Порок развития кровеносных и лимфатических сосудов В. Доброкачественную сосудистую опухоль Г. Злокачественную сосудистую опухоль Д. Мягкотканую опухоль
94.	К сосудистым дисплазиям относят все, кроме: А. Капиллярные гемангиомы Б. «Винные пятна» В. Венозные дисплазии Г. Телеангиоэктазия Д. Артериовенозные мальформации

95.	Перегрузка правых, а затем и левых отделов сердца с постепенным развитием сердечной недостаточности характерна для: А. Синдрома Паркса-Вебера Б. Синдрома Клиппеля-Треноне В. Капиллярной ангиодисплазии конечности Г. Слоновости Д. Кавернозной гемангиоме конечности
96.	Криодеструкция показана при: А. Капиллярной гемангиоме Б. Кавернозной гемангиоме В. Смешанной гемангиоме Г. Лимфгемангиоме Д. Локализованном пороке поверхностных вен
97.	Какому методу лечения следует отдать предпочтение при локализации комбинированной гемангиомы в области лица у ребенка 1,5 месяцев в стадии активного роста: А. Склерозирующая терапия Б. Гормонотерапия В. Прошивание гемангиомы Г. Иссечение гемангиомы Д. Лечение пропранололом
98.	У новорожденного 28 дней имеется обширная комбинированная гемангиома в области спины и грудной клетки, тромбоцитопения. Выставлен синдром Казабаха-Меррита. Ребенку следует назначить: А. Этапное хирургическое лечение; Б. Гормонотерапию преднизолоном; В. Короткофокусную рентгенотерапию; Г. Криодеструкцию многоэтапную; Д. Короткофокусную рентгенотерапию
99.	К какому опасному для жизни осложнению могут привести большие кистозные и кавернозные лимфангиомы шеи? А. Кровотечение Б. Малигнизация В. Рожистое воспаление Г. Сдавление трахеи с дыхательными расстройствами Д. Нарушение кровоснабжения головного мозга
100.	У ребенка 2-х лет диагностирована хроническая форма болезни Гиршпрунга. Радикальное оперативное вмешательство у него целесообразно в возрасте: А. 3 года Б. 5 лет В. 7 лет Г. 10 лет Д. По установлению диагноза
101.	У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае форма болезни Гиршпрунга: А. Острая Б. Подострая В. Хроническая Г. Ректальная Д. Ректосигмоидальная

102.	Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезненный. В анамнезе с грудного возраста хронические запоры. Задержка стула 7 дней. Наиболее вероятен диагноз: А. Болезнь Гиршпрунга Б. Долихосигма В. Хронический колит Г. Неспецифический язвенный колит Д. Болезнь Крона
103.	В основе болезни Гиршпрунга лежит: А. Врожденный аганглиоз участка толстой кишки Б. Гипертрофия мышечного слоя кишки В. Поражение подслизистого и слизистого слоев кишки Г. Токсическая дилятация толстой кишки Д. Стеноз кишки
104.	Энкопрез характерен для: А. Болезни Гиршпрунга Б. Идиопатического мегаколон В. Долихосигмы Г. Стеноза прямой кишки Д. Все верно
105.	У новорожденного установлена острая форма болезни Гиршпрунга. Оптимальный способ оперативного пособия у него является: А. Радикальная операция Б. Петлевая колостомия на восходящий отдел толстой кишки В. Петлевая колостомия на поперечно-ободочную кишку Г. Пристеночная колостомия на нисходящий отдел толстой кишки Д. Терминальная колостомия в переходной зоне толстой кишки
106.	Отсутствие нормальной сосудистой архитектоники в воротах печени наиболее характерно: А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии Б. Для хронического гепатита В. Для цирроза печени Г. Для врожденного фиброза печени Д. Для эхинококкоза печени
107.	Для внепеченочной формы портальной гипертензии при проведении ультразвуковой допплерографии характерно: А. Расширение воротной вены Б. Кавернозная трансформация воротной вены В. Расширение печеночной вены Г. Расширение нижней полой вены Д. Сужение селезеночной вены
108.	Наиболее частой формой портальной гипертензии в детском возрасте является: А. Надпеченочная Б. Внутрипеченочная В. Внепеченочная Г. Смешанная Д. Не зависит от возраста
109.	Какой вид оперативного вмешательства применяется для лечения гнойно-некротической флегмоны у новорожденных: А. Не требуется Б. Вскрытие по центру флюктуации

	В. Множественные разрезы с захватом здоровых тканей Г. Разрезы и дренирование выпускниками Д. Пункция флегмоны с аспирацией содержимого
110.	Главным механизмом действия резинового выпускника в гнойной ране является: А. Активная аспирация Б. Пассивный отток В. Капиллярные свойства Г. Гигроскопические свойства Д. Сочетание свойств
111.	У ребенка 13 лет, в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина характерна для: А. Фурункула Б. Карбункула В. Флегмоны Г. Фурункулеза Д. Псевдофурункулеза
112.	О развитии шока у септического больного свидетельствует: А. Постепенное ухудшение состояния больного Б. Резкое уменьшение диуреза и нарушение микроциркуляции В. Наличие метаболических нарушений Г. Длительная гипертермия Д. Наличие метастатических очагов инфекции
113.	Увеличение больных с хирургическим сепсисом не связано с: А. Изменением сопротивляемости микроорганизма Б. Развитием антибиотикорезистентности микрофлоры В. Расширением инвазивных методов диагностики и лечения Г. Распространенностью внутригоспитальной инфекции Д. Внедрением в практику новых антибактериальных препаратов
114.	У ребенка 14 лет, резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз: А. Флегмона кисти Б. Кожный панариций В. Подкожный панариций Г. Костный панариций Д. Сухожильный панариций
115.	У ребенка 7 лет, в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз: А. Фурункул Б. Карбункул В. Флегмона Г. Рожистое воспаление Д. Абсцесс подкожной клетчатки
116.	К бета-лактамным антибиотикам относятся: А. Пенициллины, цефалоспорины Б. Пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, монобактамы В. Только пенициллины, цефалоспорины и карбапенемы Г. Только пенициллины и карбапенемы Д. Карбапенемы и монобактамы
117.	У ребенка в области указательного пальца имеется небольшой гнойник,

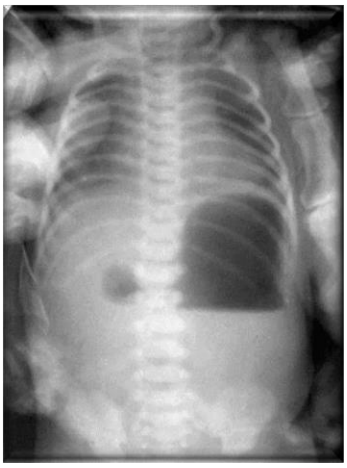
	отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует: А. Паронихии Б. Кожному панарицию В. Подкожному панарицию Г. Подногтевому панарицию Д. Флегмоне
118.	Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести к: А. Обрывному Б. Затяжному В. Молниеносному Г. Хроническому Д. Септикопиемическому
119.	У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится к: А. Обрывному Б. Затяжному В. Молниеносному Г. Хроническому Д. Септикопиемическому
120.	Тактической ошибкой ведения больных с эпифизарным остеомиелитом считают: А. Пункцию сустава Б. Сквозное дренирование сустава В. Дренирование параартикулярного пространства Г. Артротомию Д. Повторные пункции сустава.
121.	При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано: А. Назначение антибактериальной терапии, наблюдение; Б. Диагностическая пункция сустава В. Дренирование сустава Г. Остеоперфорация Д. Остеопункция и измерение внутрикостного давления
122.	Наиболее типичными рентгенологическими признаками хронического остеомиелита являются: А. Остеосклероз, формирование секвестров, облитерация костномозгового канала Б. Симптом периостальной реакции В. Уплотнение структуры параоссальных тканей Г. Размытость и нечеткость кортикального слоя кости Д. Явления пятнистого остеопороза
123.	Рекомендуется считать, что наиболее достоверным (P<0,5) тестом ранней биохимической диагностики сепсиса у ребенка больного острым гематогенным остеомиелитом является исследование показателя: А. СРБ Б. Трансаминаз В. Альбумина Г. Прокальцитонина Д. Креатинина
124.	Ребенок 2 недель заболел остро, стал вяло сосать, поднялась до 39°С температура. За два дня до этого увеличились грудные железы. При осмотре кожа в области правой грудной железы гиперемирована, отечная. Укажите

	наиболее вероятный диагноз: А. Рожистое воспаление Б. Гнойный мастит В. Мастопатия физиологическая Г. Флегмона грудной стенки Д. Абсцесс грудной стенки
125.	Для заболеваний проявляющимися внутригрудным напряжением характерно: А. Патология односторонняя, смещение средостения в сторону противоположную стороне поражения. Б. Патология двусторонняя В. Смещение средостения в сторону патологии Г. Врожденная коарктация крупных сосудов сердца Д. Без смещения средостения
126.	Состояние больного тяжелое, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции правого легкого. Укажите вероятный диагноз: А. Пиопневмоторакс Б. Буллезная форма бактериальной деструкции легких В. Абсцесс легкого Г. Пиоторакс Д. Медиастинальная эмфизема
127.	При буллезной форме деструкции (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является: А. Пункция буллы Б. Интенсивная терапия без вмешательства в очаг В. Дренирование буллы Г. Бронхоскопический дренаж Д. Плевральная пункция
128.	При напряженном пиопневмотораксе необходимо выполнить: А. Плевральную пункцию Б. Дренирование плевральной полости по Бюлау В. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией Г. Радикальную операцию Д. Торакоскопию с ультразвуковой санацией
129.	Всем пациентам, которые переболели ОГДП, с целью своевременной диагностики поздних осложнений, рекомендуется диспансерное наблюдение в течение: А. Полугода Б. 1 года В. 3 лет Г. 5 лет Д. 7 лет
130.	Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Наиболее вероятный диагноз А. Абсцесс легкого Б. Напряженная киста легкого В. Нагноившаяся киста легкого Г. Диафрагмальная грыжа Д. Булла
131.	У новорожденных атрезия пищевода часто ассоциирует с: А. Синдромом каудальной регрессии

	Б. Синдромом Эллерса-Данлоса В. Синдромом Опица-Смита-Лемли Г. VACTER ассоциацией Д. Синдромом Пьера-Робина
132.	Вы проводите осмотр ребенка, доставленного из родильного дома через 4 часа после рождения. Поставьте диагноз при наличии измененных анатомических структур (фото):  А. Омфалоцеле малых размеров Б. Омфалоцеле средних размеров В. Омфалоцеле больших размеров Г. Омфалоцеле, осложненное разрывом оболочек Д. Гастрошизис
133.	При подозрении на атрезию пищевода первым и обязательным диагностическим исследованием является: А. Рентгенография органов грудной клетки Б. Зондирование пищевода с проведением пробы Элефанта В. Зондирование прямой кишки Г. Эзофагоскопия Д. Трахеобронхоскопия
134.	Проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с подозрением на атрезию пищевода (фото).  Определите тип атрезии: А. Атрезия пищевода без трахеопищеводного свища Б. Атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом В. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом Г. Атрезия пищевода с верхним и нижнем трахеопищеводным свищом Д. Атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом
135.	Проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с подозрением на атрезию пищевода (фото).

	 Определите тип атрезии: А. Атрезия пищевода без трахеопищеводного свища Б. Атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом В. Атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом Г. Атрезия пищевода с верхним и нижнем трахеопищеводным свищом Д. Атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом
136.	У новорожденного первых суток прогрессивно развивается синдромом дыхательных расстройств. При осмотре обращает внимание асимметрия грудной клетки за счет увеличения левой половины и запавший живот. Выполнена вертикальная обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом брюшной полости в прямой проекции (фото).  Ваш диагноз: А. Поликистоз левого легкого Б. Левосторонняя лобарная эмфизема В. Ложная диафрагмальная грыжа слева Г. Декстрокардия Д. Левосторонняя деструктивная пневмония
137.	Врожденная диафрагмальная грыжа проявляется симптомами, кроме: А) живот запавший Б) асимметричное вздутие грудной клетки В) сердечные тоны смещены в здоровую сторону Г) на стороне патологии дыхание не проводится Д) средостение смещено в больную сторону
138.	Из перечисленных классификационных групп диафрагмальных грыж ведущий симптом рвоты и срыгивания имеет место:

	А. При истинных грыжах собственно диафрагмы Б. При дефектах диафрагмы В. При грыже пищеводного отверстия диафрагмы Г. При передних грыжах Д. При френоперикардиальных грыжах
139.	Состояние новорожденного тяжелое за счет дыхательной недостаточности. Дыхание аускультативно слева ослаблено. Перкуторно слева определяется коробочный звук. На рентгенограмме слева выявлено увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка; в нижнем отделе справа - треугольная тень, прилегающая к тени средостения; средостение смещено вправо. Наиболее вероятный диагноз: А. Киста легкого Б. Врожденная лобарная эмфизема В. Напряженный пневмоторакс Г. Гипоплазия легкого Д. Агенезия легкого
140.	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. Секвестрация правого легкого
141.	У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз: А. Пилоростеноз Б. Частичная высокая кишечная непроходимость В. Низкая кишечная непроходимость Г. Синдром Ледда Д. Инвагинация кишечника
142.	Какой из перечисленных рентгенологических признаков язвенно-некротического энтероколита у новорожденных является прогностически неблагоприятным? А. Расширение петель кишечника Б. Пневматоз кишечника В. Газ в воротной вене Г. Пневмоперитонеум Д. Длительное неизмененное положение расширенных петель кишечника
143.	На 6 сутки жизни у ребенка, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, появилось резкое вздутие живота, частые срыгивания молоком с примесью желчи, рвота. Стул частый, с примесью слизи и крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается неравномерное газонаполнение кишечника с его резким расширением в дистальных отделах. Определяется пневматоз в виде множественных воздушных пузырьков, расположенных интрамурально. Назовите предполагаемый диагноз. А. Врожденная низкая частичная кишечная непроходимость

	Б. Острая форма болезни Гиршпрунга В. Язвенно-некротический энтероколит Г. Перфоративный перитонит Д. Высокая врожденная кишечная непроходимость
144.	У доношенного новорожденного ребенка к концу первых суток рвота застойного характера, меконий не отходит. Живот ладьевидной формы, мягкий, безболезненный. Проведена обзорная рентгенография органов брюшной и грудной клетки (фото).  Ваш диагноз: А. Высокая частичная врожденная кишечная непроходимость Б. Высокая полная врожденная кишечная непроходимость В. Низкая полная тонкокишечная врожденная непроходимость Г. Низкая полная толстокишечная врожденная непроходимость Д. Врожденная непроходимость на уровне желудка
145.	У новорожденного ребенка в возрасте 2 нед. появились клинические симптомы желтухи, ахоличного стула, интенсивно окрашенной мочи. За указанный период времени отмечено неуклонное нарастание желтухи. Лабораторная диагностика показывает повышение билирубина в крови, почти целиком состоящего из прямой фракции. При внешнем осмотре: желтушность кожи, склер и видимых слизистых. Печень увеличена в размерах. Какое заболевание можно предположить у ребенка? А. Физиологическая желтуха новорожденного Б. Гемолитическая болезнь новорожденного В. Закупорка желчных протоков слизистыми и желчными пробками Г. Врожденный гепатит Д. Атрезия желчевыводящих протоков
146.	Омфалоцеле по классификации делят на: А. Малые, средние, большие Б. С грыжевым выпячиванием до 3 см, 7 см, более 10 см В. С диаметром дефекта до 3см, 7 см, 10 см Г. По содержимому грыжевого мешка: с печенью, без печени Д. Малые, средние, большие, гигантские
147.	У ребенка с атрезией ануса и прямой кишки целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстину: А. Сразу после рождения; Б. Через 8 часов после рождения; В. Через 12 часов после рождения; Г. Через 24 часа после рождения; Д. Через 36 часов после рождения.

148.	Превентивная колостомия при аноректальных мальформациях, согласно клиническим рекомендациям, заключается в выполнении: А. двуствольной колостомии Б. «раздельной» сигмостомии на первой петле сигмовидной кишки В. «раздельной» колостомии на восходящем отделе толстой кишки Г. «раздельной» сигмостомии на терминальном отделе сигмовидной кишки Д. Выбор способа и места наложения колостомы не имеет значение
149.	При врожденной лобарной эмфиземе наиболее часто поражается А. Нижняя доля справа Б. Верхняя доля слева В. Нижняя доля слева Г. Верхняя доля справа Д. Средняя доля правого легкого
150.	Типичный характер рвоты при врожденном пилоростенозе А. Срыгивание кислым запахом Б. Рвота желудочным содержимым В. Рвота фонтаном, створоженным молоком с кислым запахом Г. Рвота с примесью желчи Д. Рвота неизмененным молоком
151.	При проведении УЗИ у ребенка 3-х недель визуализировано утолщение стенки пилорического канала до 4,5 мм, протяженность пилорического канала до 2 см, сужение пилорического канала до 2 мм. Для какой патологии характерны подобные изменения: А. Удвоение желудка Б. Кистозное удвоение 12-перстной кишки В. Пилороспазму Г. Врожденному гипертрофическому пилоростенозу Д. По представленным данным нельзя сделать заключение
152.	Атрезия желчевыводящих путей характеризуется триадой симптомов: А. Желтуха, гипербилирубинемия с преобладанием непрямой фракции, ахоличный стул Б. Желтуха, гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции, ахоличный стул В. Желтуха с нарушением осмотической стойкости эритроцитов, окраска мочи кала обычная Г. Желтуха, повышение непрямого билирубина, несовместимость групп крови с матерью по системе АВО Д. Желтуха, положительная реакция на HbsAg, гипербилирубинемия с нестабильностью фракций
153.	У больного удалено длительно лежащее инородное тело бронха. При бронхографическом обследовании выявлены цилиндрические бронхоэктазы. Ему следует рекомендовать: А. Диспансерное наблюдение Б. Оперативное лечение В. Бронхоскопическое лечение Г. Санаторное лечение Д. Консервативную терапию
154.	С какими заболеваниями дифференцируют врожденные кисты легких? А. Буллезная форма стафилококковой пневмонии Б. Интерстициальная пневмония В. Прикорневая пневмония Г. Каверна при туберкулезе

	Д. Мелкоочаговая пневмония
155.	Для ахалазии пищевода на обзорной рентгенограмме грудной клетки наиболее характерно: А. Смещение средостения влево Б. Расширение тени средостения В. Смещение средостения вправо Г. Отсутствие газового пузыря желудка Д. Высокое стояние левого купола диафрагмы
156.	Состояние больного крайне тяжелое. Дыхание резко затруднено, втяжение уступчивых мест грудной клетки. На рентгенограмме повышение прозрачности обоих легких. В анамнезе аспирация инородного тела. Наиболее вероятный диагноз: А. Инородное тело гортани Б. Фиксированное инородное тело трахеи В. Инородное тело бронха Г. Баллотирующее инородное тело трахеи Д. Инородное тело пищевода
157.	У ребенка 8 лет после травмы грудной клетки имеется простой гемоторакс. Наиболее целесообразным в данном случае методом лечения является: А. Радикальная операция Б. Торакоскопия В. Плевральная пункция Г. Дренирование с активной аспирацией Д. Дренирование по Бюлау
158.	У ребенка после катотравмы имеет место выраженная подкожная эмфизема в области шеи, лица, верхнего отдела грудной стенки. На рентгенограмме грудной клетки - перелом II, III, IV ребер по парастернальной линии справа. Предположительный диагноз: А. Разрыв правого легкого Б. Травма трахеи В. Повреждение перикарда Г. Разрыв правого главного бронха Д. Травма магистральных сосудов
159.	Наиболее тяжелым, угрожающим жизни осложнением, закрытых разрывов легких являются: А. Свернувшийся гемоторакс Б. Воздушная эмболия В. Пневмоторакс Г. Пневмогемоторакс Д. Коллабирование легкого
160.	Наиболее эффективным методом лечения при коротком врожденном стенозе пищевода является: А. Бужирование Б. Анастомоз в 3/4 в зоне стеноза В. Резекция в зоне стеноза с наложением анастомоза «конец в конец» Г. Установка встречных магнитов Д. Хирургического вмешательства не требуется
161.	У ребенка 3 лет на фоне острой респираторной вирусной инфекции, на третий день болезни отмечено ухудшение состояния, повышение температуры тела до 38,5 °С, нарастание одышки, появление цианоза носогубного треугольника. При аускультации в заднебазальных отделах правого легкого дыхание слегка ослабленное, при перкуссии — умеренное укорочение перкуторного звука.

	Рентгенологически — умеренная инфильтрация в проекции нижней доли правого легкого, на фоне которой видны разнокалиберные множественные ячеистые просветления. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятный в данной ситуации? А. Абсцесс легкого Б. Острый гнойный лобит В. Нагноившаяся киста легкого Г. Ателектаз нижней доли правого легкого Д. Инфильтративно-деструктивная форма ОГДП
162.	Врожденный гидронефроз, обусловленный нарушением проходимости на уровне пиелоуретрального сегмента от гидронефроза вследствие пузырно-мочеточникого рефлюкса, поможет отличить выполнение: А. Экскреторной урографии Б. УЗИ В. Цистоскопии Г. Нефросцинтиографии Д. Микционной цистографии
163.	Операцией выбора при гидронефрозе у детей считают: А. Операцию Фолея Б. Операцию Бонина В. Операцию Хайнса — Андерсена Г. Резекцию добавочного сосуда Д. Уретеролизис
164.	Реконструктивные операции на лоханочно-мочеточниковом сегменте показаны при: А. II и III стадиях уретерогидронефроза Б. Всех стадиях гидронефроза В. II и IIIА стадиях гидронефроза Г. Пузырно – мочеточниковом рефлюксе Д. При миатостенозах
165	Основным эхографическим критерием мультикистоза почки v детей является: А. Увеличение одной из почек в размерах Б. Полное замещение кистами паренхимы одной из почек В. Деформация чашечно-лоханочной системы Г. Выявление в паренхиме отдельных кистозных включений Д. Расширение отделов чашечно-лоханочной системы
166.	Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка: А. Подострое начало заболевания Б. Темное образование определяется в мошонке при диафаноскопии В. Наличие выпота в оболочках яичка Г. Тяжелая интоксикация и лихорадка Д. Пальпируется болезненное округлое образование на яичке
167.	Оптимальным сроком выполнения операции меатотомии при гипоспадии в сочетании с меатостенозом является: А. 1-2 года Б. 3-5 лет В. 6-8 лет Г. По установлении диагноза В. В пубертатном периоде
168.	Локализация яичка при ретенции: А. Лобковая Б. Бедренная

	В. Промежностная Г. Перекрестная Д. Паховая и абдоминальная
169.	Для паховой эктопии яичка характерно: А. Яичко расположено под кожей и смещается по ходу пахового канала Б. Яичко расположено под кожей и смещается к бедру В. Яичко не пальпируется Г. Яичко определяется на промежности Д. Яичко периодически самостоятельно опускается в мошонку
170.	Укажите повреждающие яичко факторы при варикоцеле? А. Нарушение артериального притока Б. Венозный застой и гипоксемия В. Повышение системного артериального давления Г. Нарушение иннервации мочевого пузыря Д. Гиперфункция передней доли гипофиза
171.	Чем характеризуется варикоцеле? А. Расширением вен полового члена Б. Расширением вен мошонки В. Расширением вен семенного канатика Г. Расширением вен передней брюшной стенки Д. Расширением вен голени
172.	Для обследования ребенка младшего возраста при «синдроме не пальпируемых яичек» в первую очередь следует выполнить: А. Пневмопельвиографию Б. УЗИ паховых каналов и органов малого таза В. Радиоизотопное сканирование с технецием 99 Г. Пробу с хорионическим гонадотропином Д. Диагностическую лапароскопию
173.	Из перечисленных опухолей средостения является злокачественной: А. Ганглионеврома Б. Симпатогониома В. Невринома Г. Нейрофиброма Д. Тератома
174.	Укажите признаки характерные для нефробластомы. Все, кроме: А. Синдром малых признаков Б. Макрогематурия В. Увеличение живота Г. Манифестация опухоли в 9-12 лет Д. Манифестация опухоли в 0-4 года
175.	При злокачественных опухолях печени у детей характерно: А. Резкая боль в правом подреберье Б. Высокий титр альфа-фетопротеина В. Повышение экскреции катехоламинов мочи Г. Повышение билирубина сыворотки крови Д. Повышение трансаминаз сыворотки крови

176.	Наиболее часто лимфогранулематоз у детей встречается в возрасте: А. До 1 года Б. До 3 лет В. От 3 до 6 лет Г. От 6 до 8 лет Д. Старше 10 лет
177.	Особенностями опухолей у детей раннего возраста являются: А. Врожденный характер большинства опухолей Б. Трансплацентарный бластомогенез В. Наследственный характер ряда опухолей Г. Сочетание ряда опухолей с пороками развития Д. Все перечисленное
178.	Основные клинические симптомы остеогенной саркомы проявляются в следующей последовательности: а) нарушение функции конечности б) припухлость в) боль г) повышение температуры тела д) расширенная венозная сеть над опухолью А. а, б, в, г, д Б. в, б, а, г, д В. б, в, а, г, д Г. а, в, б, д, г Д. в, г, б, д, а
179.	Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей: А. Высокий уровень эмбрионального а-фетопротеина Б. Высокий уровень катехоламинов в моче В. Высокий уровень глюкозы в крови Г. «сосудистые звездочки» на коже Д. Макрогематурия.
180.	Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении: А. Заднее средостение Б. Переднее средостение В. Корень легкого Г. Реберно-диафрагмальный синус Д. Вилочковая железа.

Эталоны ответов:

1) Б, Г, Д		2) А, Б, Г		3) Б, Г, Д		4) Б, Г	5) Б, Д
6) А, В, Г, Д		7) Б, Г, Д		8) А, Б, Г		9) А, Б, Г	10) А, Б
11) А – б, Б – а, В – г, Г – в, Д – д				12) А - б, Б - г, В - в, Г – а			
13) А - г, Б - д, В - в, Г - б, Д – а				14) I - б, II - а, III - г, IV – в, V – д			
15) I - а, II - г, III - д, IV - в, V – б				16) I - а, II - д, III - г, IV - в, V – б			
17) I - а, II - б, III - г, IV – в				18) 1 – г, е, 2 – а, б, з, 3 – в, д, ж, е			
19) 1 – в, 2 – б, 3 – г, 4 – а, 5 - д							
20 – В	41 – Г	61 – В	81 – В	101 – Б	121 – Б	141 – Г	161 – Д
21 – Д	42 – Б	62 – Б	82 – Д	102 – А	122 – А	142 – В	162 -Д
22 – Д	43 – Б,	63 – Б	83 – В	103 – А	123 – Г	143 – В	163 – В
23 – Б	44 – Г	64 – Г	84 – Д	104 – Б	124 – Б	144 – Б	164 – В

24 – Б	45 – Г	65 – Б	85 – Г	105 – Д	125 – А	145 – Д	165 – Б
25 – В	46 – Г	66 – Д	86 – А	106 – А	126 – А	146 – А	166 – Г
26 – В	47 – Б	67 – Г	87 – А	107 – Б	127 – Б	147 – Г	167 – Г
27 – Б	48 – Г	68 – А	88 – Г	108 – В	128 – В	148 – Б	168 – Д
28 – В	49 – Г	69 – В	89 – Б	109 – В	129 -В	149 – Б	169 – А
29 – Г	50 – Д	70 – А	90 – А	110 – Б	130 – В	150 – В	170 – Б
30 – А	51 – В	71 – Г	91 – Г	111 – А	131 – Г	151 - Г	171 – В
31 – Д	52 – Б	72 – Д	92 – Б	112 – Б	132 – Д	152 – Б	172 – Б
32 – Б	53 – В	73 – А	93 – В	113 - Д	133 – Б	153 – В	173 – Б
34 – А	54 – Д	74 – Б	94 – А	114 – А	134 – В	154 – А	174 – Г
35 – В	55 – Д	75 – Г	95 – А	115 – Г	135 – А	155 – Г	175 – Б
36 – Б	56 – А	76 – Д	96 – А	116 – Б	136 – В	156 – Б	176 – Д
37 – В	57 – В	77 – В	97 – Д	117 – В	137 – Д	157 – Д	177 – Д
38 – Б	58 – А	78 – А	98 – Б	118 – В	138 – В	158 – Г	178 – Б
39 – В	59 – Б	79 – Б	99 – Г	119 – Г	139 – Б	159 – Б	179 – Б
40 – Г	60 – В	80 – Д	100 – Д	120 – Г	140 – В	160 – А	180 - А

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ:

оценка «отлично» выставляется студенту, если студент ответил правильно на 91 и более процентов ответов;

оценка «хорошо», если студент ответил правильно на 81 -90% ответов;

оценка «удовлетворительно», если студент ответил правильно на 71 -80% ответов;

оценка «неудовлетворительно», если студент ответил правильно менее чем 71% ответов

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (КЕЙСЫ) ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

1.	1. *В приемное отделение поступил ребенок 10 лет. Болен 18 часов. Появились боли в животе, больше справа, два раза была рвота, стула не было в течение суток. При поступлении жалобы на боли в правой подвздошной области. состояние удовлетворительное, температура 37,1^{0}С, пульс 84 в мин., при глубокой пальпации определяется умеренная болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц правой подвздошной области нет, симптом Щеткина - Блюмберга сомнительный. В клиническом анализе крови Hb 118 г/л, L 12х10^9/л, э – 1%, п – 3%, с – 70%, л – 20%, м - 7%, СОЭ 8 мм/час* Вопросы: 1.1. Ваш предварительный диагноз? 1.2. Что не укладывается в типичную клинику острого аппендицита и с чем это может быть связано? 1.3. Какие дополнительные симптомы необходимо проверить? 1.4. Интерпретируйте результат анализа крови. 1.5. Ваша тактика? 1. 6. План обследования? 2. *Тот же больной через 6 часов динамического наблюдения.* *Жалобы на боли в правой подвздошной области сохраняются. Ребенок отказывается от еды, отмечает тошноту, слабость. Температура 37,6^{0}С, пульс 102 в мин. Сохраняется болезненность при глубокой пальпации в правой подвздошной области, напряжения мышц правой подвздошной области нет, симптом Щеткина - Блюмберга сомнительный. Симптом Бартоломье - Михельсона, Ровзинга, Образцова положительные. При ректальном осмотре патологии нет, стул после клизмы, диурез не нарушен, мочеиспускание безболезненное. При УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. В клиническом анализе крови L 14х109/л, э – 1%, п – 5%, с – 72%, л – 16%, м - 6%,*

СОЭ 12 мм/час. Анализ мочи в норме.

Вопросы:

2.1. Имеется ли отрицательная динамика и в чем она проявляется?

2.2. Ваш диагноз?

2.3. Проведите оценку симптомов при поступлении и в динамике по шкале Альворадо

2.4. Ваша дальнейшая тактика?

2.5. Опишите симптомы Бартоломье - Михельсона, Образцова, Коупа 1.

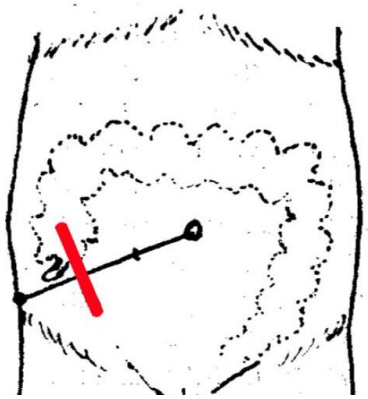
2.6. Какой симптом выявляют у больного, представленный на картинке



3. Тот же больной во время операции.

Вопросы:

3.1. Назовите доступ для проведения аппендектомии, представленный на картинке



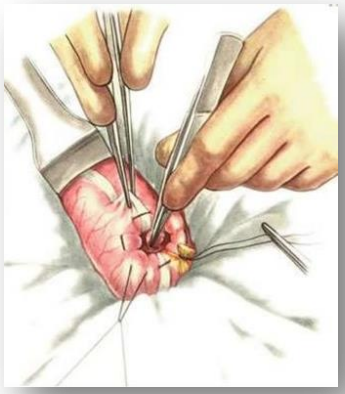
3.2. На операции отросток располагался ретроцекально, субсерозно. Проведена аппендектомия.

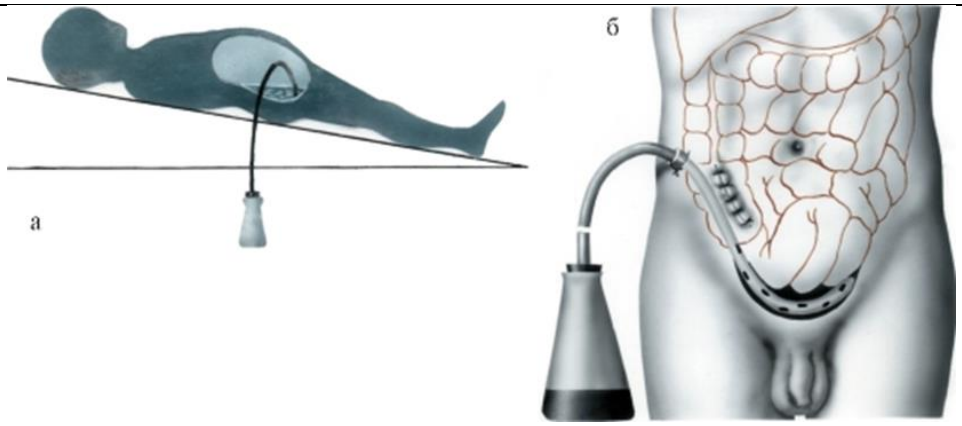
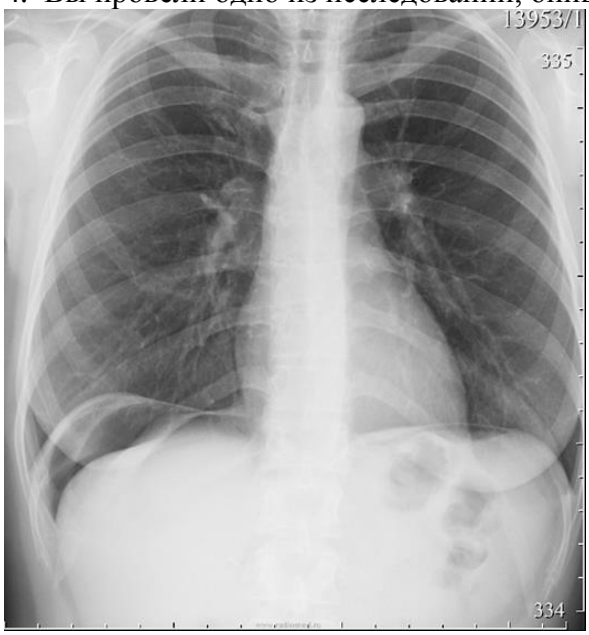


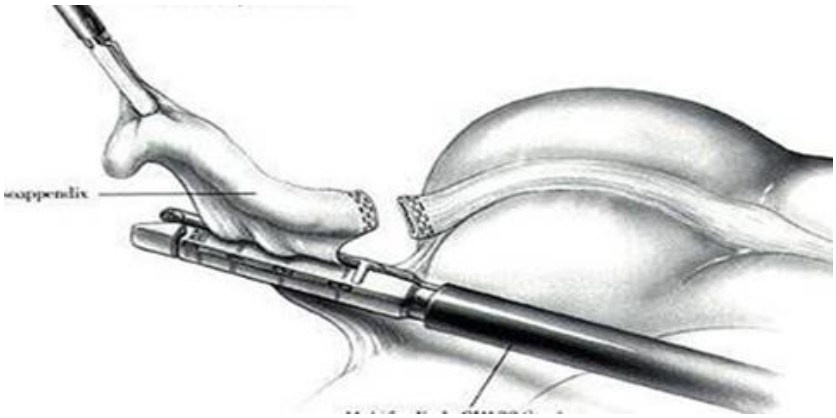
Внешний вид отростка после удаления

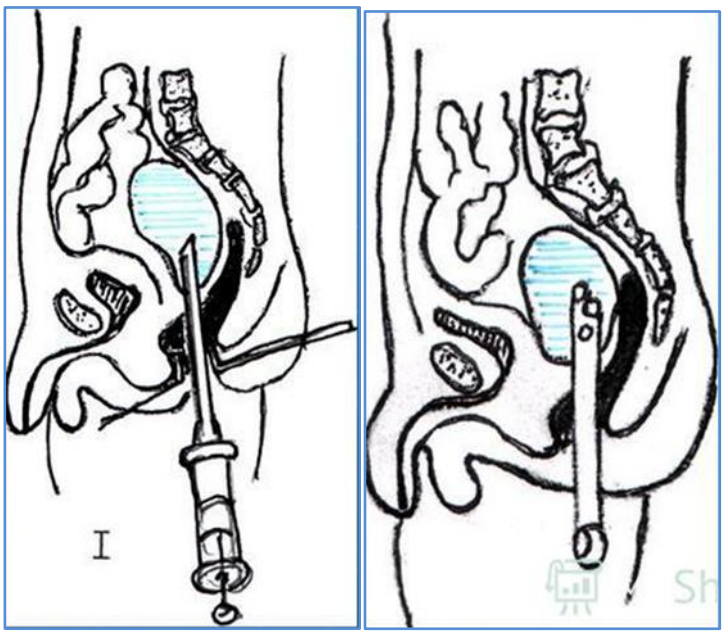
На основании изменений в отростке какой диагноз Вы поставите?

3.3. Какой способ обработки культи червеобразного отростка представлен на

	картинке?   3.4. Перечислите основные инструменты, используемые при проведении открытой аппендектомии. 4. План ведения больного в послеоперационном периоде и рекомендации при выписке.
2.	*Мальчик 10 лет, болен 5 суток. Заболевание началось с появления болей в эпигастрии, затем они спустились в правую подвздошную область, затем стал болеть весь живот. С 1-го дня рвота, сначала - съеденной пищей, в момент осмотра - содержимым застойного характера. Лицо Гиппократа. Температура 39,2^{o}С. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичный, частота дыхания - 26 в минуту, АД - 90/50 мм рт. ст. Живот резко вздут, болезнен при пальпации, положительны все симптомы раздражения брюшины. Стула не было в течение 2-х суток, в течение последних шести часов мочи нет.* 1. Ваш диагноз? Сформулируйте диагноз с учетом стадии перитонита и его распространенности. 2. Дайте характеристику лица Гиппократа. 3. Какие перитонеальные симптомы можно проверить у ребенка? 4. Чем объясните отсутствие стула у ребенка, вздутие живота? 5. Какие необходимо провести дополнительные методы диагностики и что ожидаете получить? 6. Составьте план лечения. 7. Опишите представленный метод лечения. В каких случаях он применяется. 

	
3	*Мальчик 14 лет. За 2 часа до поступления внезапно появились сильнейшие боли в эпигастрии, от которых «не может пошевелиться». В течение последних двух лет часто отмечает боли в животе, но они никогда не были такими интенсивными. Боли, как правило, усиливались весной, натощак, часто по ночам. При осмотре: ребенок отстает в физическом развитии, астеничного телосложения, бледный, лежит на правом боку с прижатыми к животу ногами. Температура 37,2^{0}С. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен бурым налетом. Живот вздут в верхних отделах, напряжен, глубокой пальпации не доступен, симптомы раздражения брюшины резко положительные, при перкуссии печеночная тупость не определяется.* Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Обоснуйте диагноз на основании имеющихся данных. 3. Какие необходимо провести дополнительные исследования для подтверждения диагноза? 4. Вы провели одно из исследований, опишите изменения на рентгенограмме  5. Если будете оперировать больного, то а) каким доступом, б) какую операцию будете проводить? 6. Какие рекомендации дадите при выписке и какие осложнения могут быть у ребенка в отдаленном периоде после операции?
4.	*При проведении аппендэктомии у ребенка 6 лет обнаружен флегмонозный аппендицит с выпотом серозного характера в правой подвздошной области и малом тазу. Давность заболевания 20 часов. Произведена аппендэктомия, выпот*

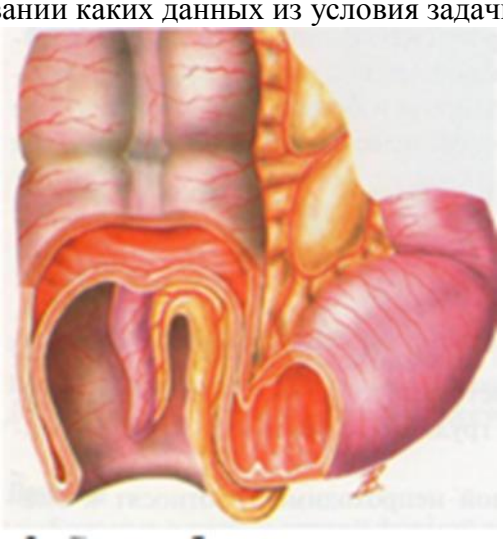
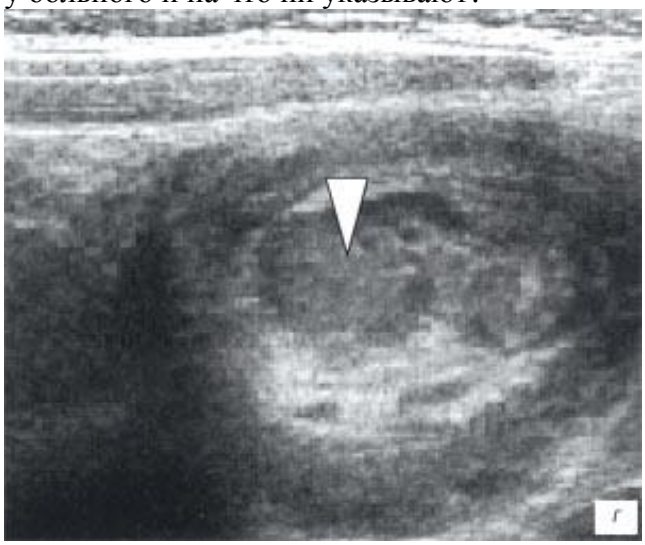
	удален. Вопросы: 1. Какой имеется у ребенка по распространенности перитонит? Сформулируйте диагноз. 2.. Первичный или вторичный перитонит у ребенка? 3. Назовите особенности распространения инфекции при перитоните аппендикулярного генеза у детей. 4. Какими чаще возбудителями вызван аппендикулярный перитонит? 5. Необходимо ли в данной ситуации дренирование брюшной полости? 6. Какие антибиотики назначите ребенку? 7. Как называется представленный метод лечения и возможно ли было его использовать в данной клинической ситуации. 
5.	*Ребенок 12 лет в течение 24 часов жалуется на боли в животе постоянного характера. Трижды была рвота съеденной пищей, температура 37,8, пульс 110 ударов в минуту. Локализует боль в правой подвздошной области. При осмотре живота имеется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского. При УЗИ выявлено небольшое количество жидкости в подвздошной области, утолщение стенки ч/о отростка.* Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какие из перечисленных клинических симптомов указывают на наличие перитонита? 3. Дайте характеристику каждого из симптомов. 4. Вероятность распространенности перитонита в данном случае и почему? 5. Приведите классификацию перитонита по распространенности. 6. Как называется операционный доступ, представленный на фото и можно ли было его использовать в данной клинической ситуации?

	
6.	*Ребенок 6 лет. 8 - суток назад оперирован по поводу гангренозного аппендицита, послеоперационный период протекал тяжело, состояние ребенка постепенно ухудшалось, повысилась температура до 38,5. Появились периодические нерезкие боли в животе. Учащенный жидкий стул с примесью слизи, иногда тенезмы, болезненность при мочеиспускании. Явления токсикоза не выражены. При пальпации живота определяется болезненность в нижних отделах живота, напряжение мышц. Анализ крови 16,0 х 109 /л. лейкоцитов, СОЭ 34 мм/час.* Вопросы: 1. О каком осложнении необходимо думать в данной клинической ситуации. 2. Какое клиническое исследование Вы должны провести и что вы от него ожидаете? 3. Охарактеризуйте причины и механизм развития данного осложнения. 4. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить и с какой целью? 5. Какое лечение показано ребенку. От чего будет зависеть выбор тактики. 6. Опишите метод лечения, представленный на рисунке и в каких случаях он выполняется? 
7.	*Мама привела на прием 13-летнего сына, у которого сегодня с утра усилилась*

	интенсивность болей в животе, появилась рвота, отказывается от еды, слабый, кожные покровы бледные. Стул был неделю назад, газы в течение суток не отходят. При осмотре живота педиатр обнаружил опухолевидное образование над лоном до 15 см в диаметре, плотное, умеренно болезненное, при надавливании определяется симптом «глины», усиливается болезненность. 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Какие причины могут привести к данному состоянию? 3. Чем характеризуется симптом «глины»? 4. Ваша тактика по отношению к больному. 5. Какие дополнительные методы исследования помогут подтвердить диагноз? 6. Лечебная тактика. Обоснуйте. 7. Признаки какой патологии вы видите на рентгенограмме? 
8.	*У ребенка 6-и месяцев ночью внезапно появилось беспокойство, обусловленное приступообразными болями в животе. Из анамнеза известно, что после употребления в 14 часов овощного пюре в качестве первого прикорма ребенок был активен, аппетит сохранен. Уснул спокойно. Приступы носили схваткообразный характер, а к моменту осмотра бригадой СМП (через 13 часов от начала болезни) боли стали уменьшаться, ребенок стал менее беспокойным, но более вялым.* 1. Вероятный диагноз. 2. Назовите анатомо-физиологические особенности, которые предрасполагают к развитию данной патологии у детей грудного возраста. 3. Назовите разрешающий фактор у данного ребенка. 4. Дайте клиническую характеристику стадии заболевания у ребенка и опишите локальный статус с учетом давности заболевания. 5. Тактика врача СМП. 6. Назначьте дополнительные методы инструментального обследования (в стационаре) 7. Выполнено рентгенологическое исследование. Назовите вид исследования и патологические изменения, характеризующее патологическое состояние.

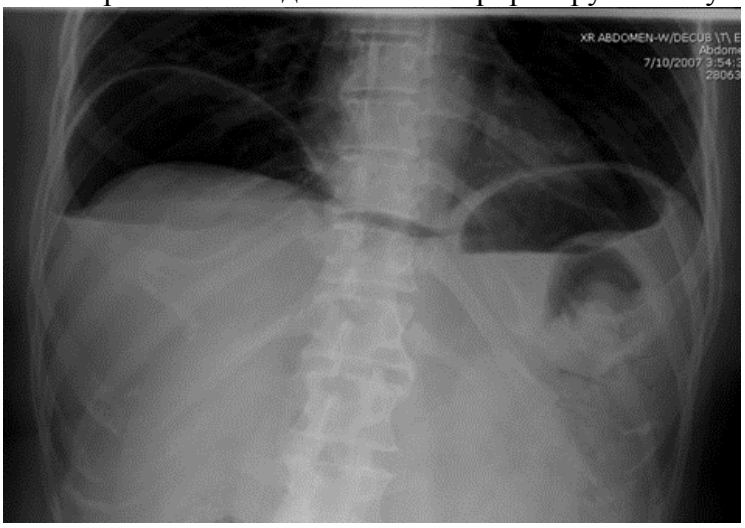
	
9.	*У ребенка 5 лет на фоне полного здоровья 12 часов назад возникли боли в животе приступообразного характера. Была трижды рвота, в начале заболевания – желудочным содержимым, затем повторилась дважды с примесью желчи и зелени. Стула не было, газы не отходят. Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности ребенок был оперирован по поводу врожденной кишечной непроходимости (мембрана 12 перстной кишки).* Вероятный диагноз. Обоснуйте его. 2. Опишите локальный статус, соответствующий диагнозу с учетом давности заболевания. 3. Вы врач педиатр поликлиники, Ваша тактика. 4. Составьте план дополнительных методов обследования на уровне стационара.  5. Охарактеризуйте изменения на рентгенограмме. Для какого патологического состояния они характерны. 6. Выбор тактики лечения у данного больного.
10.	*У ребенка 8-месячного возраста на фоне лечения кишечной инфекции в инфекционном отделении состояние резко ухудшилось. В течение суток отмечается беспокойство, частая рвота. При осмотре: состояние тяжелое, ребенок вялый, язык сухой. Живот умеренно вздут, отмечается болезненность в левой подвздошной области, там же пальпируется опухолевидное образование вытянутой формы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В области анального отверстия определяется образование, представленное на фото.*

	 1. Вероятный диагноз? Какое осложнение наступило у ребенка? 2. Какие клинические симптомы позволяют заподозрить данное заболевание. 3. Проведите дифференциальную диагностику между выпадением слизистой прямой кишки и данным осложнением? 4. Ваша тактика как лечащего врача инфекционного отделения. 5. Какова тактика лечения в данной ситуации?
11.	*За 1 час до начала заболевания мать накормила мальчика 8 месяцев рассольником. Заболевание началось с приступов беспокойства по 10-15 минут. В межприступный период ребёнок успокаивался на 20-30 минут, после чего крик и двигательное беспокойство возобновлялись. Была дважды рвота съеденной пищей, а затем выпитой водой. Стула не было, температура оставалась нормальной.* *Из анамнеза известно, что ребёнок родился от первой беременности, первых нормально протекающих родов, с массой 3250 гр. С 5 месяцев переведён на искусственное вскармливание. Ежемесячная прибавка веса превышала норму. Ребёнок развит физически хорошо, повышенного питания.* *На момент поступления в клинику продолжает периодически беспокоиться, кричит. Изменений в сердечно-сосудистой системе и в лёгких не выявлено. Живот равномерно умеренно вздут, слева мягкий, справа осмотреть его не представляется возможным из-за беспокойства ребёнка и активного напряжения мышц живота. Мать, учитывая беспокойство ребёнка, дала ему попить воды, после чего у него сразу была рвота выпитой жидкостью. При обследовании прямой кишки пальцем и постановке очистительной клизмы выделился кал обычного цвета и консистенции, а затем слизь с примесью крови.* *Во время осмотра живота под наркозом отмечено отсутствие слепой кишки в правой подвздошной области. В эпигастрии пальпируется плотное, мало подвижное образование. В прямую кишку введен катетер, через который начато осторожное нагнетание воздуха с одновременным смещением обнаруженного образования в дистальном направлении, вследствие чего оно исчезло, а слепая кишка стала определяться в правой подвздошной области.* 1. Ваш предварительный диагноз. 2. На основании условия задачи определите стадию заболевания. 3. Какой характер возникшей у больного рвоты? 4. У ребенка при осмотре получена слизь с кровью из прямой кишки. Через сколько времени после начала заболевания появляется данный симптом? 5. Зачем выполнен осмотр живота у ребёнка под наркозом? Показан ли он? 6. Как называется выполненный больному метод лечения? 7. Назовите критерии успешного лечения больного и чем, после выхода из наркоза, надо подтвердить восстановление пассажа содержимого по

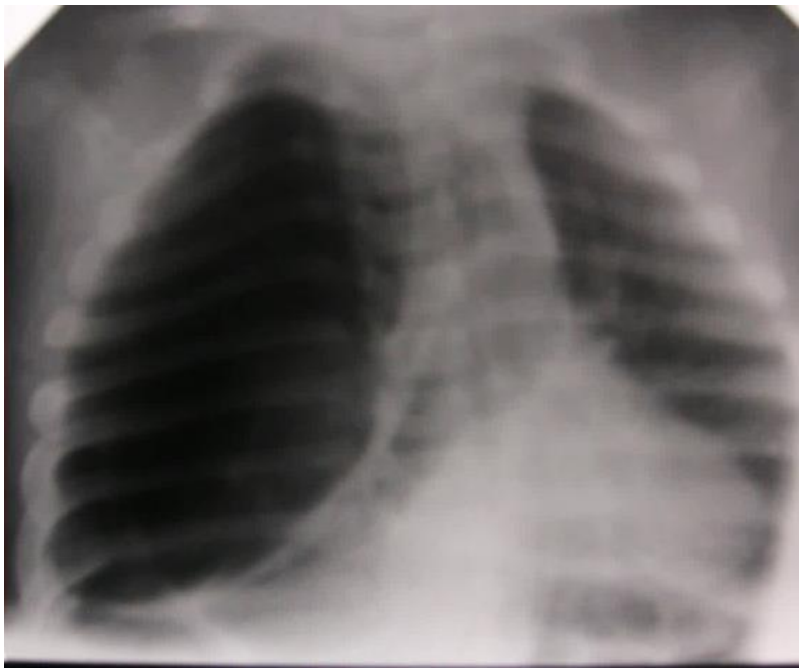
	кишечнику? 8. Какой вид патологии представлен на картинке. Возможен ли он у ребенка и на основании каких данных из условия задачи?  9. Какие мероприятия должен проводить участковый педиатр после выписки больного из стационара?
12.	*В приемное отделение доставлен ребенок 3-х летнего возраста с жалобами на приступообразные боли в животе, рвоту. Стул был в начале заболевания, в последующем стул и газы не отходили. За час до поступления отмечено выделение слизи с кровью по типу «малинового желе» из прямой кишки. Давность заболевания 18 часов. В анамнезе - эффективная консервативная дезинвагинация 6 месяца назад.* 1. Вероятный диагноз? 2. Назовите возможные причины заболевания с учетом анамнеза и возраста ребенка. 3. Объясните патогенез появления слизи с кровью по типу «малинового желе». 4. На что может указывать появление крови со слизью из прямой кишки через 12 часов от начала заболевания? 5. Диагностическая тактика в данном случае. 6. Проведено УЗИ брюшной полости. Какие ультразвуковые симптомы выявлены у больного и на что ни указывают?  7. Хирургическая тактика у данного ребенка. Обоснуйте.
13.	1. *У ребенка 2 лет среди полного здоровья отмечалось однократное выделение темной крови с примесью каловых масс, после чего ребенок стал жаловаться*

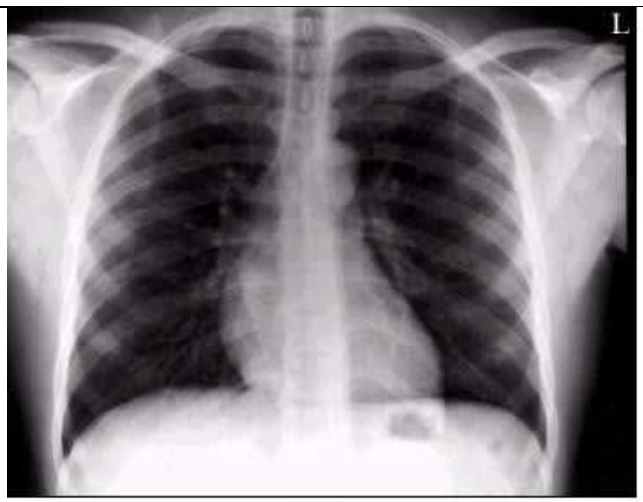
	на боли в животе. Назовите предполагаемую причину кровотечения: а) язвенная болезнь желудка б) полип прямой кишки в) кровоточащая язва дивертикула Меккеля г) инвагинация кишечника д) варикозно расширенные вены пищевода 2. *При физикальном обследовании состояние ближе к удовлетворительному. Кожный покров бледно-розовый. ЧСС 128 в мин., ЧД – 26 в мин., АД – 92/54, при лабораторном исследовании гемоглобин 112 г/л, гематокрит 33%. Данные изменения характеризуют кровопотерю как* а) легкой степени б) средней степени в) тяжелой степени 3. Тактика на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи: а) направить на консультацию к детскому хирургу по срочным показаниям б) направить на консультацию гастроэнтерологу в) направить на УЗИ органов брюшной полости г) вызвать бригаду скорой помощи и госпитализировать в хирургический стационар по экстренным показаниям д) выдать направление на госпитализацию в плановом порядке 4. Наиболее достоверным и доступным методом диагностики при предполагаемом диагнозе является: а) фиброгастродуоденоскопия б) энтероскопия в) колоноскопия г) рентгенография ЖКТ с контрастным веществом д) лапароскопия 5. Следует начать лечение с: а) наблюдения в динамики б) антибактериальной терапии в) очистительной клизмы г) гемостатической терапии д) назначения гормональной терапии
14	1.*У ребенка 4-х лет однократно дегтеобразный стул, слабость. При осмотре на коже элементы петехиальной сыпи, при пальпации живота нижний край селезенки выступает из-под реберной дуги на 5 см, плотный, печень не увеличена. В анализах крови лейкоцитов 3,2х109/л, тромбоцитов 90х109/л, эритроцитов 3,2х1012/л, гемоглобин 112 г/л. Какая наиболее вероятная причина кровотечения у ребенка:* а) болезнь Шенлейна—Геноха б) болезнь Минковского - Шаффара в) миелодиспластический синдром г) портальная гипертензия д) болезнь Верльгофа 2. *Какой метод будете использовать для диагностики источника кровотечения в первую очередь?* а) ФГДС

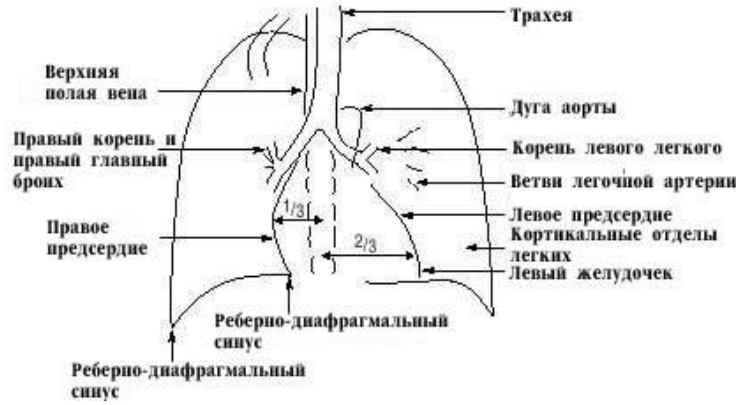
	б) КТ – ангиографию в) УЗИ органов брюшной полости г) аортографию д) колоноскопию 3. *Ребенку провели экстренную фиброгастроскопию. Получены изменения, представленные на фото. Какой патологии соответствует эндоскопическая картина.*  4. *На картинке представлено медицинское изделие. Как оно называется и с какой целью применяется*  5. *Принципы консервативного гемостаза при данной патологии* 6. *Назовите методы оперативного гемостаза при данной патологии*
15.	*Ребенок 12 лет упал с велосипеда о руль левой половиной живота. Появились сильные боли в животе, доставлен в стационар через 2 часа. Состояние средней тяжести, лежит на спине, стараясь не менять положения, температура не повышалась. Была однократно рвота желудочным содержимым. Кожа бледная, губы сухие, пульс 120 в мин. Живот доскообразно напряжен, болезнен во всех отделах. Притупления в отлогих местах нет, печеночная тупость не определяется.* Вопросы: 1. Диагноз?

	2. На что указывает отсутствие печеночной тупости? 3.Диагностическая тактика. 4. Вы провели исследование. Интерпретируйте полученные результаты.  5. Целесообразно ли дальше продолжать инструментальные методы исследования? 6. Лечебная тактика.
16.	***1***. *Ребенок 2 лет во время игры внезапно закашлялся, стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребенок после этого стал жаловаться на боль в горле, в области шеи и груди (показывает рукой), отказывается от еды, при напоить ребенка – была рвота выпитой жидкостью. Осмотр ребенка врачом СМП через час от начала заболевания: температура тела 36,8^{o}С, отмечена гиперемия задней стенки глотки, увеличение, отечность, гиперемия небной миндалины, осиплость голоса, незначительное слюнотечение, аускультация и перкуссия легких – без особенности, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.* Вопросы: 1.1. Поставьте предварительный диагноз. 1.2. Обоснуйте диагноз. 1.3. Тактика врача педиатра ***2.*** *Ребенку проведено исследование.* 2.1. Назовите метод исследования и интерпретируйте его результаты. (фото)  2.2. Выбор метода лечения в данной ситуации 2.3. Назовите наиболее частую локализацию инородных тел пищевода. 2.4. Какие осложнения могут развиться у данного ребенка и от чего это будет зависеть?

17.	*При осмотре ребенка 1 месяца в поликлинике Вы обнаружили у него выбухание в области пупка диаметром 1,5 см и высотою до 2,5 см.*  *Со слов мамы выпячивание появилось на 3 неделе жизни ребёнка во время беспокойства из-за вздутия живота и задержки стула, как она подытожила, ребенок накричал грыжу. Вне беспокойства и во время сна выпячивание исчезает. Проводя осмотр, Вы обнаружили при пальпации дефект апоневроза в области пупочного кольца до 1,5 см диаметром. Во время обследования выпячивание легко вправлялось в брюшную полость и появлялось вновь. Ребёнок во время обследования не беспокоился.* ***Вопросы:*** 1. Как вы опишите в амбулаторной карте пациента локальный статус. 2. С каким диагнозом Вы отправите ребенка на консультацию и к какому специалисту? В какой форме (плановой, экстренной, неотложной). 3. Объясните маме причину наличия пупочной грыжи у ребенка. 4. Нуждается ли ребёнок в госпитализации и оперативном лечении? Обоснуйте. 5. Дайте рекомендации по консервативному лечению с позиции хирурга по основной патологии и педиатра по провоцирующей патологии. 6. Назовите сроки выполнения операции в случае неэффективности консервативного лечения при условии, что грыжа не приносит беспокойство ребенку и не ущемляется.
18.	1. *Ребенок 3 лет доставлен в приемное отделение бригадой СМП.* *Анамнез. С 1 по 5 мая перенес ОРВИ. В течение последующих 3-х недель отмечался кашель, по вечерам субфебрильная температура. Выставлен диагноз острый бронхит. Ребенок получал амоксициллин, сироп бромгексина, грудную клетку натирали бальзамами. Все это время ребенок был вялым, плохо ел, похудел. В течение последних трех дней отмечены подъемы температуры до фебрильных цифр, усилился кашель. На этом фоне развился сильный приступ сухого кашля, ребенок очень беспокоился, затем стих, стал вялым. Появилась резкая одышка. До 3 лет ничем не болел. БЦЖ в роддоме проведено. Контакта с больными туберкулезом не отмечено.*

	Осмотр. Ребенок бледный, гиподинамичный, вялый, в сознании. Кожные покровы бледные, выражен параназальный цианоз. Раздуваются крылья носа. Одышка до 62 в 1 минуту с вовлечением вспомогательных мышц, парадоксальное дыхание. Пульс 134 удара в минуту. Температура 38,6^{o}С. Дыхание над правой половиной грудной клетки справа не проводится. При перкуссии справа определяется тимпанит. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Вопросы 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Выделите ведущие синдромы заболевания. 3. Алгоритм диагностической тактики. 4. В какое отделение следует госпитализировать ребенка? *2. Вы провели рентгенологическое исследование получили рентгенограмму. Рентгенолога нет. Дайте заключение по результату обследования. (см. ниже)*  1. Метод исследования 2. Опишите изменения на рентгенограмме 3. Для какого состояния характерны данные изменения. 4. Что явилось причиной данного состояния. **Для наглядности. Рентгенограмма и схема расположения органов грудной клетки в норме.**





3. Сформулируйте диагноз с учетом ренгенологического обследования.

4. Ваша тактика по лечению конкретно этого ребенка. Нуждается ли он в оказании экстренной помощи, если да, то в какой?

5. *Врач ЦРБ, учитывая тяжесть состояния, принял решение о переводе ребенка из приемного отделения в детский хирургический стационар краевого центра транспортом СМП.*

5.1. Оцените тактику.

5.2. Возможен ли перевод и каковы условия транспортировки ребенка.

6. Назовите метод лечения, представленный на картинке



19.	*Ребенок 2 лет 2 месяцев поступил в клинику к концу суток от начала*

	заболевания. Заболевание началось остро с болей в животе без четкой локализации, ночью плохо спал, пять раз была рвота, однократно разжиженный стул. При поступлении температура 38,6. Осмотру хирурга ребенок сопротивлялся. 1. Ваш диагноз? 2. С каким заболеванием будете проводить дифференциальную диагностику. 3. Ваша тактика на диагностическом этапе?
20.	*Ребенок 6 лет, оперирован по поводу гангренозного аппендицита, произведена аппендэктомия лигатурным способом. 9-е сутки послеоперационного периода, который протекал тяжело, состояние ребенка постепенно ухудшалось, последние два дня температура приняла гектический характер с подъемами до 38,5 – 38,90С. Ребенок стал жаловаться на боли в нижних отделах живота, отказывается от еды, беспокойный. При пальпации живота определяется болезненность в нижних отделах справа, легкое напряжение мышц, плотное образование с нечеткими границами над лоном. Стул разжиженный, мочеиспускание болезненное. Анализ крови - лейкоцитов 15х109/л, СОЭ - 20 мл/час. При ректальном обследование определяется нависание передней стенки прямой кишки, болезненность ее, наличие плотного образования с размягчением в центре.* 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные методы обследования проведете? б. Выбор тактики по лечению?
21.	*Мальчик 6 лет заболел остро 3 часа назад с появления интенсивных болей в правой половине живота и поясничной области, была дважды рвота, учащенное болезненное мочеиспускание. Ребенок беспокоится, не может лежать из-за болей. Температура 36,7. Пульс 92 ударов в минуту. Живот обычной формы, мышцы правой половины живота не напряжены, определяется болезненность при глубокой пальпации по правому фланку. Справа положительный симптом Пастернацкого.* 1. Ваш диагноз? 2. С каким заболеванием будете проводить дифференциальную диагностику? 3. Что нетипично для клиники острого аппендицита по условию задачи. 4. Какие обследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? 5. Ваша тактика?
22.	*Мальчик 7 лет болен 38 часов, заболевание началось с появления болей в животе, локализовавшихся над лоном справа, была двукратная рвота. К концу суток температура повысилась до фебрильных цифр. На вторые сутки после начала заболевания появилось болезненное мочеиспускание, был трижды без патологических примесей стул. При осмотре ребенок бледный, температура 38,5, пульс 120 ударов в минуту, ритмичный. Живот мягкий, резко болезнен справа над лоном, там же положительный симптом Щеткина-Блюмберга.* *1. Ваш диагноз* *2. Какие дополнительные симптомы необходимо проверить у ребенка?* *3. Какие необходимо провести дополнительные методы обследования и что ожидаете от них?* *4. Ваша тактика?*
23.	*Мальчик 2,5 лет. Анамнез заболевания: доставлен в инфекционное отделение на вторые сутки с начала заболевания, когда появились боли в животе, многократная рвота и понос. В течение первых суток температура 37,80С, затем стойкий фебрилитет. Анамнез жизни. Родился доношенным. Роды срочные. Ничем, кроме ОРВИ не болел. Осмотр: состояние тяжелое, бледный, вялый, обезвожен, температура – 38,80С. Пульс 120 уд. в минуту. Язык сухой.*

	Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Стул был при поступлении жидкий, темно-зеленого цвета. Анализ крови: Нв – 120 г/л, Er – 3,7 х 1012/л, L – 15,0 х 109/л, э – 0%, п – 8%, с – 61%, л – 20%, м – 11%, СОЭ – 12 мм/ч. Анализ мочи: прозрачная, светло-желтая, лейкоциты – 1-2 в поле зрения, белок – 0,033%, сахар – отрицательно. Вопросы: 1. Между какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику? Какие данные указывают на хирургическую патологию? 2. Какие объективные симптомы необходимо проверить для проведения дифференциальной диагностики? 3. Какие дополнительные методы исследования можно провести для исключения хирургической патологии в случае неясности диагноза? 4. Ваша тактика в приемном покое инфекционного отделения? 5. Ваши мероприятия в хирургическом отделении при подтверждении диагноза хирургического заболевания?
24.	*Мальчик, 2 года 10 месяцев. Анамнез заболевания: доставлен в приемное отделение через 23 часа после начала заболевания с диагнозом «Острый аппендицит». Заболевание началось внезапно с повышения температуры до 38,50С, затем появились боли в животе, была однократная рвота. Ребенок бледный, вялый, с параназальным цианозом. Температура 39,0С, пульс 112 ударов в минуту, ритмичный. ЧД – 36 в минуту. Грудная клетка обычной формы, при перкуссии легочный звук, при аускультации дыхание пуэрильное с обеих сторон, ослабленное в нижнем отделе грудной клетки справа. Ребенок сопротивляется осмотру, напрягает живот, выявить локальную болезненность не удается. При перкуссии живота жидкости в отлогих местах нет, нижняя граница печени +2 см, селезенка не пальпируется. Стул обычный.* *Анализ крови: Нв – 112 г/л, Er – 4,0 х 1012/л, L – 16,0 х 109/л, ю – 1%, п – 6%, с – 63%, л – 22%, м – 8%, СОЭ – 12 мм/ч. Анализ мочи: Удельный вес 1022. Белок – 0,033%, сахар – нет, при микроскопии единичные лейкоциты.* Вопросы: 1. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Чем можно объяснить наличие в клинике заболевания симптомов, общих для хирургического и соматического заболевания? 2. Ваши мероприятия по уточнению диагноза? Какие полученные данные дополнительных методов исследования будут указывать на наличие или отсутствие хирургического заболевания? 3. Ваша тактика в случае неясности диагноза после проведения дополнительных методов исследования? 4. Ваша тактика при подтверждении хирургической патологии? 5. Каковы особенности клиники острого аппендицита у детей ранней возрастной группы
25.	*Мальчик 13 лет доставлен в приемный покой клиники детской хирургии через 18 часов от начала заболевания. Из анамнеза болезни известно, что появились боли в эпигастрии, которые, затем, приблизительно через 4 часа, переместились в правую подвздошную область, была дважды рвота съеденной пищей. При обследовании - состояние удовлетворительное, температура тела 37,40С. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области и, там же, пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга.* Вопросы: 1. Ваш диагноз?

	2. Обоснуйте диагноз. 3. Ваша тактика по обследованию ребенка? Что ожидаете получить при исследовании клинического анализа крови? 4. Лечебная тактика? 5. Если будете оперировать, то каким доступом?
26.	*Ребенок 12 лет заболел 8 часов назад с появлением схваткообразных болей вокруг пупка, была однократная рвота, стул нормальный. Температура 37,8. При осмотре имеется пассивное напряжение мышц правой половины живота, болезненность, наиболее выраженная справа от пупка, положительные симптомы Ровзинга, Щеткина - Блюмберга. Лейкоцитоз 12,8 х 109 /л.* Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Дифференциальная диагностика. 3. Какие целесообразно провести методы дополнительной диагностики? 4. Чем объяснить схваткообразные боли вокруг пупка? 5. Показано ли оперативное лечение, если да, то какое?
27.	*Девочка 7 лет. Давность заболевания 12 часов. Заболела остро, появились боль в нижних отделах живота, температура тела - 39,4 °С, двукратная рвота. Общее состояние быстро ухудшается. Ребенок вялый, отказывается от еды, язык сухой. При осмотре: живот напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Выявлены гиперемия зева и слизистых оболочек, мацерация и выделения из преддверия влагалища.* Вопросы: 1. Предварительный диагноз 2. Тактика обследования? 3. Тактика лечения?
28.	*Ребенку 8 лет.* *Анамнез заболевания. Болен 6 дней. Беспокоили боли в животе. Была рвота в первые 3 дня и температура до 380С. Лечился дома – получал ампициллин, нурофен. При поступлении – состояние крайне тяжелое. Пульс – 120 ударов в минуту. ЧД – 40 в минуту. Температура – 37,80С. Кожные покровы сухие, язык как «щетка», покрыт бурым налетом. Выражен делирий – ребенок жалуется, что его «жгут на костре». Стул скудный в виде жидкой темно-зеленого цвета со слизью. В течение последних шести часов не мочился. Живот асимметричен – несколько вздут в правой подвздошной области, при пальпации резко болезненный по всей поверхности. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах. Per rectum: резкая болезненность, нависание передней стенки прямой кишки.* *Анализ крови: Нв – 110 г/л, Er – 3,8 х 1012/л, l – 25,0 х 109/л, э – 0%, п – 16%, с – 70%, л – 10%, м – 4%, СОЭ – 25 мм/ч.* *Анализ мочи: Удельный вес 1028. Белок – 0,033%. При микроскопии свежие единичные эритроциты.* Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какие дополнительные методы исследования надо провести? 3. Будете ли готовить к операции? 4. Какой доступ изберете? Что будете делать, если во время операции найдете перфоративный аппендицит, распространенный гнойный перитонит, межпетельные абсцессы? 5. Если у больного перитонит, то в какой фазе (стадии)?
29.	*На прием к педиатру обратился ребенок 10 лет с жалобами на слабость, снижение аппетита, учащение стула в течение последних двух месяцев с*

	примесью крови и слизи, периодически схваткообразные боли в животе. Наиболее вероятный диагноз: а) синдром Гарднера б) неспецифический язвенный колит в) врожденные пороки развития сосудов ЖКТ г) синдром Пейтца-Егерса д) семейный полипоз толстой кишки
30.	*На 6-е сутки жизни у ребенка, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, появились вздутие живота, частые срыгивания молоком с примесью желчи, рвота. Стул частый, с примесью слизи и крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается неравномерное газонаполнение кишечника с его резким расширением в дистальных отделах. Определяется пневматоз в виде множественных воздушных пузырьков, расположенных интрамурально.* Предполагаемый диагноз: а) врожденная низкая частичная кишечная непроходимость б) острая форма болезни Гиршпрунга в) язвенно-некротический энтероколит г) перфоративный перитонит д) высокая врожденная кишечная непроходимость
31.	*Мальчик 14 лет обратился к хирургу с жалобами на боли в эпигастральной области, слабость, тошноту и рвоту «кофейной гущей». Из анамнеза установлено, что на протяжении 1,5 лет отмечались боли в животе с наиболее частой локализацией в эпигастральной области, изжога, потеря в весе.* Предполагаемый диагноз: а) синдром портальной гипертензии б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы в) язвенная болезнь желудка г) удвоение желудка д) синдром Мэллори-Вейсса
32.	*Мать с 5-месячным ребенком обратилась к врачу. Основанием для обращения послужило периодическая задержка стула, беспокойство ребенка во время дефекации, и наличие нескольких капель крови после отхождения плотных каловых масс.* Предполагаемый диагноз: а) инвагинация кишечника б) трещина заднего прохода в) полип прямой кишки г) геморрой д) выпадение прямой кишки
33.	*У ребенка 1,5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо идет в весе, дважды болел бронхитом, в рвотных массах примесь слизи и прожилки алой крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне:* а) пилороспазм б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс эзофагит в) высокая частичная кишечная непроходимость г) постгипоксическая энцефалопатия д) муковисцидоз
34.	*У ребенка 15 лет клиника кишечного кровотечения (Hematochezia).* *При осмотре в области губ определяется мелкопятнистая коричневая пигментации (см. фото)*

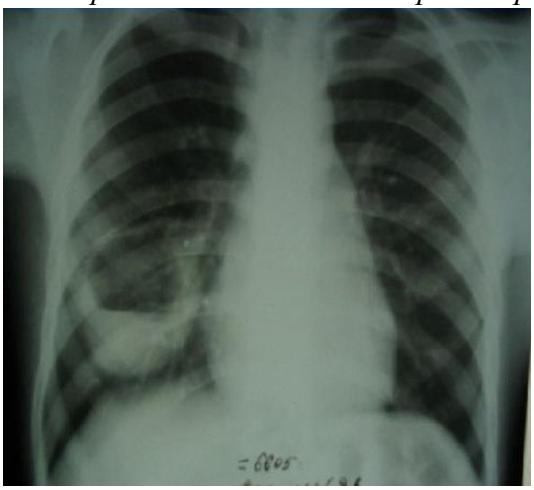
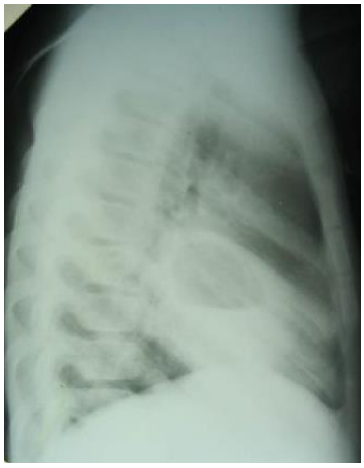
	 Наиболее вероятная причина кровотечения: а) синдром Гарднера б) неспецифический язвенный колит в) врожденные пороки развития сосудов ЖКТ г) синдром Пейтца-Егерса д) семейный полипоз толстой кишки
35.	*У ребенка 4 лет желудочное кровотечение по типу «кофейной гущи». В анамнезе катетеризация пупочной вены в роддоме. При пальпации живота Вы пальпируете увеличенную селезенку.* Наиболее вероятная причина кровотечения: а) эрозивный гастрит б) портальная гипертензия в) синдром Золлингера – Эллисона г) язва желудка или 12 – перстной кишки д) синдром Мелори-Вейса
36.	*У ребенка 8 мес. появились приступообразные боли в животе, однократная рвота. При пальпации определяется округлой формы образование в правом подреберье. При ректальном исследовании выделилось обильное количество крови со слизью. Давность заболевания - 10 ч.* Наиболее вероятный диагноз: а) неспецифический язвенный колит б) инвагинация кишечника в) кровотечение из дивертикула Меккеля г) кишечная инфекция д) опухоль брюшной полости
37.	*У ребенка 13 лет, рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, болезненный в эпигастри.* Наиболее вероятный диагноз: а) гастродуоденит б) кровотечение из расширенных вен пищевода в) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки г) Меккелев дивертикул д) неспецифический язвенный колит
38.	*У ребенка 3-х лет на фоне высокой температуры, болей в животе развилась клиника кишечного кровотечения в виде темной крови со сгустками. При осмотре Вы выявили изменения кожных покровов (см. фото).*

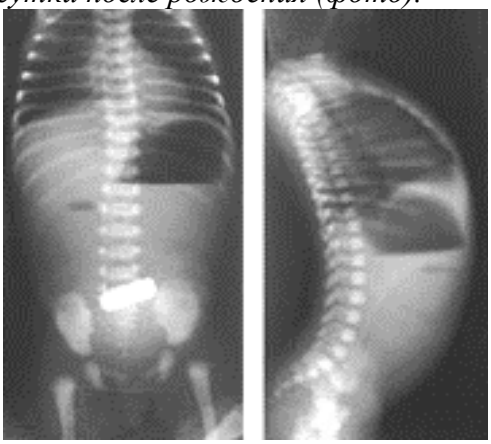
	 Наиболее вероятная причина кровотечения? а) болезнь Шенлейна—Геноха б) болезнь Минковского - Шаффара в) миелодиспластический синдром г) портальная гипертензия д) болезнь Верльгофа
39.	*Пациентка П., 15 лет, поступила через 24 ч после травмы (упала на бордюрный камень левым боком при пробежке на физкультуре). Доставлялась в медпункт школы и была отпущена с диагнозом «ушиб грудной клетки слева». УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течение суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Около часа назад появились резкие боли в левой половине живота, слабость, головокружение, затруднение дыхания в горизонтальном положении. Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные. АД — 90/50 мм рт. ст., ЧСС — 100 уд. в мин, Hb — 78 г/л, Ht — 26 %. Живот напряженный, болезненный в левых отделах, симптом Щеткина–Блюмберга слабоположительный.* 1. Поставьте диагноз. 2. Какие ошибки допущены на догоспитальном этапе? 3. Лечебная тактика
40.	*Мальчик 11 лет поступил в приемное отделение через 2 часа после того, как был сбит машиной. При поступлении общее состояние тяжелое, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 118 уд в мин., удовлетворительных качеств.* *При объективном осмотре: ребенок бледный, жалуется на боль в поясничной области слева. Там же кожные ссадины. При пальпации в данной области определяется тестоватое образование мягких тканей, резко болезненное, неподвижное. Поколачивание в поясничной области слева резко болезненно. Ребенок помочился в приемном отделении, моча окрашена кровью. Повреждения других органов и систем не обнаружено.* *Общий анализ крови: Hb 110 г/л, цветной показатель крови 0,8, эритроциты 3,22 млн., тромбоциты 308 тыс., лейкоциты 10,1 * 109/л, п 12%, с 38%, э 5%, мон. 14%, лимф. 30%, СОЭ 12 мм/час.* Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? 3. Лечебная тактика.
41.	*1. Ребенок 3 лет во время игры с большим количеством игрушек вдруг стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребенок после этого стал жаловаться на боль в груди (показывает рукой), отказывается от еды. Осмотр ребенка врачом: отмечается незначительное слюнотечение, аускультация и перкуссия легких – без особенности, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.* Вопросы:

	1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести? 3. Лечебная тактика *2. Ребенку выполнена рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Инородное тело не обнаружено.* *Вопросы:* 1. Можно ли исключить наличие инородного тела по данным рентгенографии. Обоснуйте. 2. Ваша дальнейшая тактика
42.	*Больной 13 лет предъявляет жалобы на болезненный акт дефекации, запор. При опросе ребенка установлено, что 3 суток назад он баловался со сверстниками – плевались друг в друга нагрудными значками (изображали ниндзя). Факт проглатывания значка ни отвергнуть, ни подтвердить уверенно не может. Однако отмечает, что во время баловства испытал чувство «комка в горле», но не обратил на это внимание. Объективно: состояние удовлетворительное, осмотр и пальпация живота – без патологических изменений. Осмотрен per rectum: ощущение наличия твердого инородного тела с острыми краями, подвижка которого вызывает у больного умеренно болезненные ощущения.* Вопросы 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести? 3. Лечебная тактика
43.	*У 2-х месячного мальчика с рождения отмечается увеличение правой половины мошонки за счёт опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, размерами 5х4х3 см, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребёнка, проявляющегося вновь. С правой стороны наружное паховое кольцо расширено до 1,5 см.* *1*. Какой предварительный диагноз вероятен? А) Паховый лимфаденит Б) Невправимая паховая грыжа В) Ущемленная паховая грыжа Г) Пахово-мошоночная грыжа Д) Водянка оболочек яичка 2. В какие сроки будете рекомендовать операцию? А) По установлению диагноза Б) После 3-х месяцев В) После 6 месяцев Г) После года Д) после 2-х лет
44.	*Педиатр, во время осмотра ребёнка 2-х лет, обнаружил у него небольшое образование по средней линии живота размерами 0,5х0,7 см. Небольшое выпячивание располагалось между мечевидным отростком грудины и пупком в виде безболезненного уплотнения, не исчезающего при надавливании. Создалось впечатление о том, что это образование выходит под кожу через щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота.* Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. К какому специалисту направите на консультацию? 3. Каковы причины возникновения и этапы развития данной патологии? 4. Имеются ли показания к срочному оперативному вмешательству? 5. Какой метод лечения и в каком возрасте следует рекомендовать родителям ребёнка?

	6. В случае отказа родителей от лечения, о каком возможном осложнении их следует предупредить. 7. Из каких моментов состоит лечение данного порока развития?
45.	*У ребенка 5-ти лет при крике, натуживании, плаче на боковой поверхности шеи кнутри от грудино-ключично-сосцевидной мышцы возникает продолговатое образование 4х2 см, быстро исчезающее после прекращения физических усилий.* О каком заболевании вероятнее думать: боковая киста шеи лимфангиома гемангиома флебэктазия внутренней яремной вены флебэктазия наружной яремной вены
46.	*К Вам на прием обратилась мама ребенка с жалобами на наличие образования у ребенка 3-х месяцев с рождения. (фото)*  Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2.Требуется ли в данной клинической ситуации хирургическое лечение 3. Какой прогноз при данном заболевании?
47.	*У ребенка 3-х месяцев гемангиома области спины (фото). Со слов мамы появилась на второй недели жизни, увеличивалась в размерах, была более яркой, в настоящее время стала бледнее по центру. На вопрос продолжает ли гемангиома расти, ответить не может.*  Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз. 2. Можно ли в данной ситуации наблюдать ребенка. Основание. 3. Дайте рекомендации как правильно проводить контроль за динамикой роста гемангиомы.
48.	*Перед Вами ребенок 3-х лет (фото), у которого имеются выраженные изменения правой нижней конечности. Со слов мамы, с рождения отмечалась отечность, больше в области стопы с последующим распространением на всю конечность. Объем конечности увеличивался по мере роста ребенка, мягкие ткани стали*

	плотными.  Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Объясните диагностическое значение пробы Мак-Клюра-Олдрича при данной патологии. 4. Назовите наиболее информативный метод диагностики при данной патологии? 5. Возможные осложнения при данной патологии? 6. Какое лечение показано ребенку?
49.	*Ребенок 2 месяцев жизни. Имеются два образования яркого малиново-красного цвета, выступающие над поверхностью кожи на 0,5 см. Одно из них (1х2 см) расположено на щеке справа, другое в подлопаточной области слева (1х1 см). При надавливании на них образования светлеют и уменьшаются в размерах. Границы четкие, консистенция мягкая, при аускультации сосудистого шума над ними не выслушивается. При рождении ребенка эти образования были видны в виде точек, затем стали быстро увеличиваться.* Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какие методы лечения при данной патологии Вы знаете? 3. Ваша тактика в конкретном случае? Обоснуйте. 4. Каким образом Вы можете следить за ростом опухоли с момента рождения? 5. Приведите классификацию данной патологии.
50.	*Мальчик 1.5 лет доставлен в приемный покой родителями с жалобами на отсутствие самостоятельного стула в течение 5 дней, рвоту, вздутие живота. С рождения у ребенка отмечалось вздутие живота. В течение первого месяца жизни стул был жидким, отходил самостоятельно. В динамике стул стал более густым, для опорожнения кишечника требовалась постановка газоотводной трубки, а затем и клизм. При поступлении состояние мальчика средней тяжести. Кожные покровы бледные. Живот равномерно вздут, умеренно напряжен, пальпируется расширенная толстая кишка, заполненная плотными каловыми массами. Ректальный осмотр – ампула прямой кишки пустая. Тонус анального сфинктера повышен.* Вопросы:

	1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз, обоснуйте его. 2. Определите необходимые методы дообследования. 3. Выберите тактику лечения, определите объем лечебных мероприятий.
51.	*К вам на прием в поликлинику пришла мама с мальчиком 8 лет. При осмотре с учетом жалоб и анамнеза вы впервые диагностировали правосторонний крипторхизм в виде паховой ретенции. Травм и операций в зоне интереса не было.* Вопросы: 1) Какова должна быть тактика по диагностике и лечению? 2) Были ли, на Ваш взгляд, допущены ошибки при наблюдении ребенка на амбулаторном этапе? 3) Назовите осложнения крипторхизма 4) Какую операцию следует провести ребенку?
52.	*В педиатрическое отделение поступил ребенок в тяжелом состоянии за счет интоксикации, гипертермии, дыхательной недостаточности с диагнозом правосторонняя пневмония. Вы провели рентгенологическое обследование. (фото).*   Вопросы: 1. Назовите метод обследования. *2.* Какие изменения на рентгенограммах и какой диагноз поставите по результатам обследования. *3.* Ваша дальнейшая тактика.
53.	*В первые часы после рождения у ребенка отмечены клинические проявления острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Ребенок вялый, крик слабый, периодически появляется рвота с примесью желчи. Дыхание затрудненное, поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Живот небольших размеров, впавший.* *Выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки (фото)*

	 1. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен в данной ситуации? - врожденный порок сердца - левосторонняя лобарная эмфизема - синдром Картагенера - ложная левосторонняя диафрагмальная грыжа - кистозно-аденоматозная трансформация левого легкого 2. Тактика на уровне родильного дома 3. Условия транспортировки
54.	*Новорожденному с рвотой застойного характера проведена обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой и боковой проекции на 2-е сутки после рождения (фото).*  Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Имеется ли необходимость в проведении дополнительных исследований для уточнения диагноза? 3. Когда должен был быть поставлен этот диагноз и на основании чего? 4. С какой целью врач дополнительно назначил этому ребенку на этапе предоперационной подготовки ЭХОКГ, ЭЭГ, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства?
55.	*У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, рвота, одышка, тахикардия. Печеночная тупость не определяется. Вы провели рентгенологическое исследование (фото).*

	 1. Интерпретируйте данные рентгенограммы. 2. Ваш диагноз? 3. Лечебной тактика. 4. Назовите обязательные условия предоперационной подготовки. 5. Критерии эффективности предоперационной подготовки
56.	*К участковому терапевту мать привела мальчика 13 лет. Его беспокоят слабость, кашель, одышка при физической нагрузке. Со слов матери вышеупомянутые симптомы появились 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания.* *Данные объективного обследования. При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледной окраски. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы Пульс 88 ударов в минуту. АД 110 /70 мм.рт.ст На шее слева в средней трети и нижней ее трети, в подмышечной и паховой области пальпируются увеличенные лимфатические узлы от 1х1 до 2х2 см в диаметре, плотно эластичные, не спаянные между собой и кожей. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 6 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, безболезненная.* Вопросы: 1. Ваш предполагаемый диагноз? 2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. 3. Какое дополнительное обследование необходимо провести? 4. Тактика лечения
ОТВЕТЫ К КЕЙС ЗАДАЧАМ	
1.	1.1. Острый аппендицит? 1.2. При давности заболевания 18 часов у больного отсутствует локальное мышечное напряжение и симптом Щеткина – Блюмберга, характерные для типичной клиники острого аппендицита, локальная болезненность проявляется только при глубокой пальпации. Это может быть связано с атипичным ретроцекальном расположением червеобразного отростка. 1.3. Необходимо проверить симптомы Бартоломье - Михельсона, Ровзинга, которые при ретроцекальном аппендиците будут положительные, а также специфические симптомы, при которых боль в правой подвздошной области усиливается за счет сокращения m. Iliopsoas: Образцова, Коупа1, Коупа 2, Островского, а также Яуре-Розанова и Габая. 1.4. По данным анализа крови – умеренный лейкоцитоз и нейтрофилез. 1.5. Госпитализация в хирургический стационар с лечебно-диагностической целью. Показано динамическое наблюдение и обследование. Дифференциальная

диагностика с копростазом.
1.6. План обследования
Клинический анализ крови в динамике.
Общий анализ мочи
Ректальный осмотр
УЗИ органов брюшной полости
План лечения:
1.Наблюдение в динамике с осмотром каждые 2 часа.
2. Очистительная клизма
3. Дальнейшая тактика по результатам клинико-лабораторных данных.

2.1. У ребенка отрицательная динамика за счет нарастания симптомов интоксикации, воспалительного синдрома на фоне сохраняющейся боли и болезненной пальпации в правой подвздошной области. Положительные специфические симптомы для ретроцекального расположения червеобразного отростка. В анализе крови отмечается нарастание лейкоцитоза, нейтрофилеза, СОЭ. Давность заболевания составляет 24 часа.
2.2. Острый деструктивный аппендицит.
2.3. Оценка симптомов по шкале Альворадо.

Признаки			
Болезненность в правой подвздошной области	+2	**2**	**2**
Повышение температуры >37,3° С	+1	**0**	**0**
Симптом Щеткина	+1	**0**	**0**
Миграция боли в правую подвздошную область (симптом Кохера)	+1	**0**	**0**
Потеря аппетита	+1	**0**	**1**
Тошнота / рвота	+1	**1**	**1**
Лейкоцитоз> 10х10⁹/л2	+2	**2**	**2**
Сдвиг лейкоцитарной формулы влево (нейтрофилов > 75%)	+1	**0**	**1**
	10	**5**	**7**

МЕНЕЕ 5 БАЛЛОВ	острый аппендицит маловероятен
5-6 БАЛЛОВ	**острый аппендицит возможен, и пациент нуждается в наблюдении**
7-8 БАЛЛОВ	**острый аппендицит вероятен**
9-10 БАЛЛОВ	острый аппендицит имеется и пациенту требуется экстренное хирургическое вмешательство

2.4. Показано оперативное лечение (лапароскопическая или открытая аппендектомия). Целесообразно с учетом оценки по Альворадо (7-8 баллов) начать с диагностической лапароскопии. За 30 мин. до начала операции выполнить антибиотикопрофилактику цефалоспорином III поколения.
2.5. Симптом Бартоломье – Михельсона – это усиление болезненности при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку;
Симптом Образцова – это возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при надавливании на нее указательным и средним пальцем при подъёме правой выпрямленной ноги;

	Симптом Коупа 1 – это боль в правой подвздошной области при отведении назад правой выпрямленной ноги в положении на левом боку. 3.1. Доступ Волковича-Дьконова через точку Мак-Бурнея. 3.2 Флегмонозный аппендицит. 3.3. Скальпели, ножницы Купера, ножницы прямые, зажимы Бильрота, Кохера, Микулича, пинцеты анатомические, хирургические, крючки Фарабефа, иглодержатели Гегара, иглы режущие и круглые. 4. План лечения: Голод 12 часов после операции, затем поить. Через 24 часа в течение 3-х суток диета 0 по Певзнеру (хирургическая) Обезболивание 2-3 дня (парацетамол в жидкой форме) Антибактериальная терапия (цефтриаксон парентерально продолжить до 5 суток + метронидазол внутрь) УВЧ на солнечное сплетение 3 раза, затем на рану – 2 Местное лечение п/о раны – асептическая обработка План обследования: Клинический анализ крови и мочи на 3 сутки УЗИ контроль брюшной полости на 5 сутки. Ректальный осмотр перед выпиской Швы снять на 7 - 8 сутки Рекомендации: Наблюдение у детского хирурга в течение месяца. Домашний режим 7 дней. Стол 5в на месяц. Ограничение физической нагрузки и освобождение от физкультуры на 1 месяц.
2.	1. Основной: Острый деструктивный аппендицит. Осложнения основного заболевания: разлитой гнойный перитонит. Терминальная фаза (полиорганных нарушений). 2. Совокупность характерных изменений лица (безучастное выражение, втянутые щеки, нос заострен, запавшие глаза, кожа бледно-серого цвета, покрытая каплями пота) у больных в крайне тяжелом состоянии, связанном с обезвоживанием организма и интоксикацией. 3. Симптомы раздражения брюшины: Щеткина – Блюмберга, Раздольского, Воскресенского. 4. Паретической кишечной непроходимостью. 5. Объем обследования: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, клинический анализ крови и мочи, группа крови и резус-фактор, общий белок, глюкоза, лактат, СРБ, мочевина, креатинин, билирубин, АСТ, АЛТ, электролиты, газовый состав крови. В клиническом анализе крови: анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ, высокий гематокрит. В биохимическом анализе крови: увеличение СРБ, вероятно увеличение АСТ, АЛТ, креатинина, мочевины, лактата, снижение белка, электролитные нарушения. Газы крови: метаболический ацидоз. Прокальцитониновый тест – больше 2. Ректальный осмотр – нависание стенки прямой кишки. УЗИ – свободный выпот в брюшной полости, возможно наличие межпетельных абсцессов. Рентгенография грудной клетки: исключаем септическую пневмонию. 6. Предоперационная подготовка в условиях ОАРИТ: катетеризация периферической и (или) центральной вены, назогастральный зонд, катетеризация мочевого пузыря. инфузионная терапия из расчета 60 мл/кг, эмпирическая антибиотикотерапия (цефалоспорин 3 поколения, амикацин, метронидазол,

	обезболивающая терапия, посиндромное лечение в течение 2-3 часов. Основные критерии подготовки: наличие диуреза, снижение гипертермиии. Экстренная операция: Срединная лапаротомия. Аппендектомия, санация брюшной полости, дренирование малого таза по Генералову. При наличии межпетельных абсцессов – программированная лапаростомия. В послеоперационном периоде: перидуральная анестезия, продолжение эмпирической антибактериальной, терапии, далее по клинике и результатам посева, инфузионная терапия в полном объеме с учетом патологических потерь, посиндромная и симптомотическая терапия. 7. На рисунке фото – установлен дренаж в брюшной полости. На рисунке - дренирования малого таза у детей, которое используется при распространенном и местном не отграниченном перитонитах.
3.	1. Перфоративная язва желудка 2. Данные анамнеза: боли в животе натощак и в ночное время с обострением в весенний период указывают на язвенный анамнез; внезапные резкие боли в эпигастрии, быстрое развитие клиники перитонита характерно для перфоративной язвы. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии указывает на наличие свободного газа в брюшной полости, что клинически подтверждает диагноз перфоративной язвы желудка. 3. Необходимо выполнить обзорную рентгенографию органов брюшной полости в вертикальном положении. 4. Свободный газ под куполом диафрагмы, симптом «серпа» - указывает на перфорацию полого органа 5. Срединная лапаротомия, иссечение краев и ушивание перфорации желудка. 6. Показано диспансерное наблюдение и лечение по месту жительства у гастроэнтеролога. Курсы комплексного противорецидивного лечения по поводу язвенной болезни. Осложнения: спаечная кишечная непроходимость, деформация желудка, рецидив язвенной болезни.
4.	1. Местный не отграниченный перитонит. Диагноз: Острый флегмонозный аппендицит. Местный серозный перитонит. 2. Перитонит вторичный 3. Аппендикулярный перитонит — острое воспаление брюшины вследствие осложнения аппендицита. На течение аппендикулярного перитонита сказываются анатомо-физиологические особенности детского организма. Распространению аппендикулярного перитонита у детей способствуют низкие пластические свойства брюшины, недоразвитие большого сальника. Особенность брюшины у детей заключается в ее большей площади и выраженной способности к экссудации и абсорбции. Чем меньше возраст ребенка, тем быстрее гнойный процесс распространяется на все отделы брюшины. Быстрее нарастают интоксикация и обменные нарушения, многие защитные реакции становятся патологическими. 4. Чаще всего перитонит — полимикробное заболевание. Основная роль в его развитии принадлежит Escherichia coli, но также немалое значение имеют Enterococcus, Klebsiella и другие микроорганизмы. При формировании внутрибрюшных абсцессов почти в 100% случаев высевают анаэробы. 5. В данной клинической ситуации достаточно осушить выпот, ушить наглухо без оставления дренажа в брюшной полости. 6. Цефалоспорин третьего поколения. 7. Лапароскопическая аппендектомия. Да, возможно.
5.	1. Острый деструктивный аппендицит. Местный не отграниченный перитонит. 2. Симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского. Несоответствие частоты пульса и температуры. 3. Щеткина – Блюмберга - резкая боль при медленном надавливании рукой на

	переднюю брюшную стенку с последующим ее быстрым отрывом Симптом Раздольского – болезненная перкуссия передней брюшной стенки Симптом Воскресенского - левой рукой натягивают рубаху за нижний край и кончиками 2, 3 и 4 пальцев правой руки проводят скользящее движение из эпигастрия сверху вниз сначала к левой, а затем к правой подвздошной области. В момент окончания такого «скольжения» справа больной отмечает резкое усиление боли. На каждый градус температуры выше 37 пульс увеличивается на 10 ударов, при перитоните пульс значительно выше. 4. У ребенка местный не отграниченный перитонит, симптомы раздражения брюшины ограничены подвздошной областью, здесь же на при УЗИ наличие свободной жидкости. 5. Местный и распространенный. Местный: отграниченный (инфильтрат, абсцесс), не отграниченный (подвздошный, тазовый, тазово-подвздошный). Распространенный: диффузный, разлитой. 6. Доступ Волковича – Дьяконова через точку Мак-Бурнея. При местном перитоните этот доступ может быть использован.
6.	1. Абсцесс Дугласа 2. Ректальный осмотр. Пальпация болезненного образования по передней стенке прямой кишки, определение флюктуации. 3. Абсцесс Дугласа формируется между прямой кишкой и мочевым пузырем у мальчиков и маткой и прямой кишкой у девочек. Причины его развития в послеоперационном периоде – это недостаточная санация и дренирование малого таза при перитоните, чаще аппендикулярном. 4. УЗИ органов брюшной полости и малого таза. Более информативным считается КТ, которая позволяет более четко определить размеры, локализацию и от дифференцировать инфильтрат от абсцесса. 5. Дренирование абсцесса через прямую кишку. 6. На рисунке представлен метод пункции и дренирования абсцесса Дугласа через прямую кишку
7.	1. Обтурационная кишечная непроходимость. Копростаз. 2. Врожденные порок развития толстой кишки (идиопатический мегаколон, хроническая форма болезни Гиршпрунга, гипоганглиоз толстой кишки, долихосигма), опухоль. 3. «симптом глины» - после надавливания пальцами на живот остается вмятина. Этот симптом характерен для переполненной расширенной толстой кишки каловыми массами. 4. Госпитализация в хирургический стационар по экстренным показаниям. 5. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости – позволяет выявить «чаши Клойбера» - горизонтальные уровни жидкости и скопление газа над ними (Kloiber 1919г). Ректальный осмотр – позволяет определить состояние сфинктера, наличие или отсутствие каловых масс в прямой кишке. После разрешения непроходимости - ирригография с барием для верификации причины хронических запоров. 6. Очистительные клизмы 1%раствором NaCl с целью разрешения копростаза. Инфузионная терапия с целью детоксикации. 7. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости – чаши Клойбера – признаки кишечной непроходимости.
8.	1. Острая илеоцекальная кишечная инвагинация. 2. Анатомо – физиологические особенности илеоцекального отдела у детей грудного возраста: - подвижность слепой и подвздошной кишок;

	- недоразвитие клапанного аппарата баугиниевой заслонки; - несоответствие между диаметром подвздошной кишки и ее «ампулой»; - более высокая концентрация нейрональной изоформы оксида азота, играющего важную роль в физиологии кишечника; - временная возрастная дискоординация перистальтики кишечника с образованием отдельных участков спазма, способствующих внедрению участка кишки. 3. Нарушения вскармливания у детей первого года жизни (новый прикорм должен вводиться поэтапно). 4. От 12 до 24 ч после начала заболевания - стадия выраженной клинической картины. Состояние средней степени тяжести. Температура нормальная или субфебрильная. Отмечается слабость, отказ от еды. Рвота в этой стадии приобретает многократный характер. Болевой синдром с двигательным беспокойством сохраняется, интенсивность болей может уменьшаться, время между приступами болей удлиняется. Стул и газы отсутствуют. Симптом кишечного кровотечения – слизь с кровью. Локальный статус. Живот правильной формы, симметричный (асимметрия возможна за счет западения подвздошной области или выбухания в области расположения инвагината), слегка вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, мышечное напряжение отсутствует, в правом подреберье пальпируется мягко-эластичное продолговатое объемное болезненное образование. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном осмотре определяется кровь со слизью (симптом малинового желе). 5. Транспортировка ребенка в хирургический стационар. 6. Обзорная рентгенография органов брюшной полости вертикально. УЗИ органов брюшной полости: Пневмоирригография. 7. Пневмирригорафия. Справа на снимке видна тень инвагината на фоне воздуха в толстой кишке.
9.	1. Поздняя спаечная кишечная непроходимость. В анамнезе – операция на органах брюшной полости. Острое начало на фоне полного здоровья с болей приступообразного характера. Рвота, сначала рефлекторная съеденной пищей, затем застойного характера с примесью зелени. Отсутствие стула и газов. 2. Локальный статус. На передней брюшной стенке живота послеоперационный рубец. Живот визуально ассиметричный. Симптом Валя положительный. При пальпации живот умеренно напряжен, болезненный при пальпации, симптом Щеткина–Блюмберга четко не выявляется. Перкуторно над областью асимметрии тимпанит, в нижних отделах – укорочение перкуторного звука. При аускультации – шум плеска. При ректальном осмотре ампула прямой кишки пустая. 3. Вызов СМП и транспортировка ребенка в хирургический стационар. 4. Общий анализ крови, биохимический анализ крови, САСС, определение группы крови и резус-фактора, КЩС, общий анализ мочи. Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении, в переднезадней проекции. УЗИ органов брюшной полости в экстренном порядке. Рентгеноконтрастное исследование ЖКТ (при поздней СКН не более 2 -3 час. при отсутствии положительной динамики от консервативной терапии). 5. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются множественные уровни жидкости, перерастянутые петли тонкой кишки, отсутствие газа в нижележащих отделах кишечника. Данные изменения характерны для кишечной (тонкокишечной) непроходимости.

	6. У ребенка отсутствуют симптомы перитонита. Лечение следует начать с консервативной терапии, которая при поздней спаечной непроходимости с учетом давности 12 часов должна быть не более 2 – х часов. 6.1. Прекращение кормления и приема пищи 6.2. Декомпрессия желудка с помощью зонда 6.3. Декомпрессия кишечника сифонной, очистительной клизмой 6.4. Инфузионная терапия (глюкозо-солевые растворы) 6.5. Стимуляция кишечника раствором неостигмина метилсульфата (прозерин) 0,1 мл/год жизни п/к 2-3 кратно через 15 минут В случаях неэффективности консервативного лечения СКН показано оперативное лечение (лапароскопическим доступом или открытым)
10.	1. Острая толстокишечная инвагинация. Осложнение: выпадение инвагината через прямую кишку (prolapsus coli invaginate). 2. Кишечная инфекция как провоцирующий фактор инвагинации. В течение суток отмечается беспокойство, частая рвота, к концу суток – стул из слизи и крови. В левой подвздошной области там же пальпируется опухолевидное образование вытянутой формы, что характерно для толстокишечной инвагинации. 3. В отличие от инвагинации выпадение прямой кишки не сопровождается болевым приступом и рвотой. Кроме того, при осмотре выпавшей кишки определяется, что слизистая кишки переходит в кожу вокруг заднепроходного отверстия. При выпадении головки инвагината между выпавшей кишкой и кольцом заднего прохода имеется борозда, через которую можно провести палец или зонд в ампулу прямой кишки. 4. Перевод ребенка в хирургический стационар по экстренным показаниям. 5. Отсутствие симптомов перитонита, розовый цвет слизистой кишки – показание для консрвативной дезинвагинации. вправление выпавшего инвагината в прямую кишку с последующей дезинвагинацией. При отсутствии эффекта – операция.
11.	1. Острая кишечная инвагинация. 2. Начальная стадия (до 12 часов). 3. Рвота в начальной стадии заболевания обусловлена висцеро-висцеральным рефлексом. 4. 3 – 6 часов (в среднем 5 часов) 5. Для определения патологического образования (инвагината). Осмотр показан, так как тщательная пальпация живота затруднена из-за выраженного беспокойства ребенка. 6. Консервативная пневматическая дезинвагинация. 7. У ребёнка исчезает периодическое беспокойство и рвота. Ребенку дают барий через рот и контролируют его появление в стуле, что подтверждает эффективность дезинвагинации и проходимость кишечника. 8. Слепо-ободочная инвагинация. Да, возможна. На это указывает отсутствие слепой кишки в правой подвздошной области (симптом Шимона – Данса). 9. Основные мероприятия должны быть направлены на профилактику рецидива кишечной инвагинации. Рекомендации родителям по схеме питания ребенка с учетом возраста, о необходимости постепенного и своевременного введения в питание грудного малыша новых смесей, овощных пюре, соков в соответствие с принципами рационального вскармливания.
12.	1. Острая рецидивирующая кишечная инвагинация. 2. Механические факторы: полипы, дивертикула Меккеля, дупликационные кисты, опухоли (чаще дивертикул Меккеля)

	3. Стул с примесью крови и слизи, как результат диапедеза эритроцитов и свободного гемоглобина в просвет кишки вследствие венозного застоя и отека кишечной стенки. Смешиваясь со слизью, приобретает вид «малинового желе». Каловые массы отсутствуют. 4. Появление крови со слизью через 12 часов от начала заболевания характерно для тонко-тонкокишечной инвагинации. 5. Госпитализация в стационар по экстренным показаниям. Физикальный осмотр (определить наличие инвагината) Лабораторная диагностика (клинический анализ крови, общий анализ мочи, бак. посев, определение группы крови и Rh-фактора, биохимического анализа крови с определением показателей кислотно-щелочного состояния, электролитного состава крови). Инструментальная диагностика: УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, пневмоирригография. 6. Выявлен симптома «мишени» или «псевдопочки» - УЗ-признаки инвагинации кишечника. 7. Учитывая рецидив кишечной инвагинации, возраст ребенка следует думать о механической причине ее развития. В данной ситуации методом выбора является операция (лапароскопическая или открытая).
13.	1 – в) 2 – а) 3 – г) 4 – д) 5 – г)
14.	1. - г) портальная гипертензия 2. - а) ФГДС 3. – Варикозному расширению вен пищевода. 4. – Зонд Блэкмора. Для остановки кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии 5. Полное исключение кормления через рот. Строгий постельный режим. Седативная терапия. Введение назогастрального зонда для аспирации желудочного содержимого и контроля кровотечения. Назначение гемостатических препаратов (этамзилат натрия (дицинон), менадиона натрия бисульфит(викасол), контрикал). Назначение блокаторов Н2-рецепторов гистамина, ингибиторов протонового насоса. Назначение инфузионной терапии в объёме 50% долженствующей потребности. Препараты, направленные на снижение давления в системе воротной вены (вазоконстрикторы): вазопрессин и соматостатин, а также их синтетические аналоги: терлипрессин, октреотид, сандостатин и др Переливание свежезамороженной плазмы и отмытых эритроцитов. При сохраняющемся интенсивном кровотечении на фоне консервативной терапии – устанавливают зонд Блекмора Каждые 4-6 часов необходимо делать очистительные клизмы для удаления крови из кишечника. 6. Эндоскопическое склерозирование., эндоскопическое лигирование, гастротомия с прошивание варикозных вен желудка, операции портосистемного шунтирования.
15.	1. Закрытая травма живота с повреждением полого органа, перитонит. 2. Отсутствие печеночной тупости указывает на наличие свободного газа в

	брюшной полости, в данной ситуации вследствие разрыва полого органа. 3.Обзорная рентгенография органов брюшной полости. Лабораторное обследование. 4. На обзорной вертикальной рентгенограмме органов брюшной полости определятся свободный газ по куполом диафрагмы справа и слева, что указывает с учетом условия задачи на перфорацию полого органа. 5. Не целесообразно, клинических и рентгенологических данных достаточно для определения тактики лечения. 6. Показана экстренная операция.
16.	1.1. Инородное тело пищевода 1.2. Внезапное начало с кашля, беспокойства характерно для проглатывания инородных тел. Отказ от еды, боли в области шеи и груди, рвота после выпитой жидкостью, саливация характерные признаки инородного тела пищевода. Гиперемия зева, отек и увеличение миндалин, боли в горле – косвенные признаки, указывающие на вероятность проглатывания агрессивного инородного тела (батарейки). 1.3. Экстренная госпитализация ребенка в хирургический стационар бригадой СМП. 2.1. Обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом шеи в прямой проекции. На уровне CVII – ThII, в проекции в/з пищевода определяется дополнительная металлическая тень. Заключение: Инородное тело в/3 пищевода (батарейка?). 2.2. Экстренная эзофагоскопия, удаление инородного тела под общим наркозом. 2.3.Первое физиологическое сужение 2.4. Электрохимический ожог пищевода, перфорация пищевода, пищеводно – трахеальный свищ, гнойный медиастинит, арозивное кровотечение, трахеит, пневмония, дыхательные расстройства при сдавлении мембранозной части трахеи, травматическое повреждение аорты. Степень выраженности осложнений зависит от длительности стояния батарейки.
17.	1. В области пупка визуально определяется грыжевое выпячивание, размерами 1,5х1,5х2,5 см, безболезненное, легко вправляется в брюшную полость и появляется вновь, дефект апоневроза в области пупочного кольца до 1,5 см диаметром. 2. Диагноз: пупочная грыжа. На консультацию к детскому хирургу в плановой форме. 3. Основная причина заболевания – врожденный дефект апоневроза в области пупочного кольца. В норме у новорожденных после отпадения пуповины пупочное кольцо смыкается, а отверстие облитерируется рубцово-соединительной тканью. У ребенка этого не произошло. Беспокойство на фоне метеоризма, приводящее к повышению внутрибрюшного давления – это провоцирующий фактор, который не является первопричиной, но при наличии предрасполагающего фактора приводит к формированию пупочной грыжи. 4. В настоящее время ребенок в оперативном лечении не нуждается. Грыжевые ворота (дефект в апоневрозе) соответствуют размерам грыжевого выпячивания, последнее безболезненное, легко вправляется в брюшную полость. Показано консервативное лечение. 5. С позиции хирурга: выкладывание ребенка на жесткую поверхность животиком вниз на 1-3 мин 5-6 раз в сутки за 15-20 мин до еды; лечебный массаж живота и укрепляющая гимнастика соизмеримо с возрастом. Допускается сведение краёв дефекта апоневроза в зоне пупочного кольца методом лейкопластырных повязок (проводиться только детским хирургом). Наблюдение в динамике.

	С позиции педиатра: выявить причины запоров и метиоризма и назначить лечение по их устранению. 6. С 3 – 5 лет.
18.	1.1. Острая гнойная двусторонняя деструктивная пневмония справа, легочно–плевральная форма. Пневмоторакс справа. ОДН 2-3 ст. 1.2. Воспалительный, интоксикации, дыхательной недостаточности, синдром внутригрудного напряжения. 1.3. Пульсоксиметрия, обзорная рентгенография органов грудной клетки, клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (общий белок, билирубин, трансаминазы, мочевина, креатинин, глюкоза, электролиты, СРБ), прокальцитониновый тест, газы крови, фибриноген, протромбиновый индекс, АЧТВ. 1.4. По тяжести состояния ребенок должен госпитализироваться в отделение реанимации и интенсивной терапии на койки хирургического профиля. 2.1. Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции. 2.2. Отсутствие легочного рисунка в правом гемитораксе. Вся плевральная полость справа заполнена воздухом, последний распространяется на область средостения. Правое легкое резко коллабировано, органы средостения смещены в левую плевральную полость. 2.3. Изменения на рентгенограмме характерны для напряжённого пневмоторакса с медиастинальной грыжей. 2.4. При буллезной форме ОГДП прорыв буллы в плевральную полость сопровождается развитием напряженного пневмоторакса. 3. Острая гнойная двусторонняя деструктивная пневмония справа, легочно–плевральная форма. Напряженный пневмоторакс с медиастинальной грыжей справа. ОДН 2-3 ст. Риск плевропульмонального шока. 4. Ребенку в экстренном порядке показано проведение торакоцентеза, дренирования плевральной полости методом активной аспирации. 5.1. Тактика выбрана неверная. У ребенка были большие риски развития плевропульмонального шока на фоне синдрома внутригрудного напряжения. Ребенка необходимо было экстренно госпитализировать в отделение реанимации, выполнить дренирование плевральной полости, стабилизировать состояние и только после этого переводить с дренажом в сопровождении врача реаниматолога. 6. Дренирование плевральной полости по Бюлау. Метод пассивной аспирации.
19.	1. Подозрение на острый аппендицит. 2. Дифференциальная диагностика между кишечной инфекцией и острым аппендицитом 3. Клинический анализ крови, общий анализ мочи. Осмотр в состоянии медикаментозного сна. Ректальный осмотр. УЗИ брюшной полости и малого таза. В случае сохраняющегося сомнения в диагнозе – диагностическая лапароскопия.
20.	1. Послеоперационный абсцесс Дугласа 2. УЗИ малого таза или КТ с целью подтверждения абсцедирования воспалительного процесса по экстренным показаниям. 3. Экстренная операция – дренирование абсцесса через прямую кишку.
21.	1. Почечная колика. 2. Дифференцировать с острым аппендицитом при ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка. 3. Выраженный болевой синдром с первых часов заболевания. 4. Клинический анализ крови. Общий анализ мочи. Анализ мочи по Нечипоренко.

	Обзорная рентгенография брюшной полости (исключить наличие рентген-контрастных конкрементов) УЗИ органов брюшной полости, мочевыделительной системы в экстренном порядке. Экскреторная урография. 6. Госпитализация в хирургический стационар с лечебно-диагностической целью. Назначить спазмолитики. Наблюдение в динамике.
22.	1. Острый аппендицит, тазовое расположение червеобразного отростка. 2. Специфические симптомы при тазовом аппендиците: Образцова, Коупа1, Коупа2, Островского. 3. Анализ крови: лейкоцитоз, нейтрофилез, ускоренное СОЭ; ректальное исследование: болезненность, нависание стенки прямой кишки, возможно наличие инфильтрата; УЗИ органов брюшной полости и малого таза: наличие свободной жидкости в малом тазу, воспалительные изменения в червеобразном отростке и перифокально. 4. Предоперационная подготовка в течение 2-х часов: инфузионная терапия с целью дезинтоксикации в объеме 1/3 суточной потребности жидкости глюкозо-солевыми растворами, снижение температуры, за 30 мин. до операции введение антибиотика. Оперативное лечение открытым или лапароскопическим доступом.
23.	1. Острым аппендицитом и кишечной инфекцией. Для острого аппендицита характерно начало заболевания с болей в животе, постепенно усиливающихся, субфебрильной температуры, у детей до 3 лет часто бывают многократная рвота и понос. Тахикардия, сухой язык, вздутие живота, резкая болезненность при пальпации, характерный темно-зеленый стул – симптомы перитонита. Сдвиг нейтрофильной формулы влево (8% палочкоядерных нейтрофилов) подтверждает диагноз. 2. Симптом Раздольского, Щеткина-Блюмберга, осмотр во сне. 3. Осмотр во сне (положительный симптом отталкивания), УЗИ – определение жидкости и наличие инфильтратов в брюшной полости, осмотр per rectum – нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. 4. Перевести ребенка в хирургическое отделение. 5. Предоперационная детоксикационная терапия в течение 2-3 часов. Оперативное лечение острого аппендицита.
24.	1. Между пневмонией и аппендицитом. На хирургическую патологию могут указывать боли в животе, рвота, лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом влево. На пневмонию указывает начало заболевания с подъема температуры до 38,5^{0}С, параназальный цианоз, одышка, ослабление дыхания при аускультации справа, увеличение границ печени, лейкоцитоз. 2.Рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, осмотр во сне, ректальный осмотр. На острый аппендицит будут указывать: - отсутствие данных за пневмонию на рентгенограмме; - осмотр во сне: симптом отталкивания, болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области - ректальное исследование – нависание передней стенки прямой кишки - УЗИ брюшной полости – наличие свободной жидкости, инфильтратов. Диагноз пневмонии подтверждается рентгенографией. 3. Возможна лапароскопия. 4. Проведение инфузионной, детоксикационной в течение 2-х часов,

	предоперационная антибиотикопрофилактика за 30 мин. до операции. Аппендектомия. 5. У детей до 3 лет превалируют общие симптомы воспаления над местными, симптомы интоксикации. Для детей раннего возраста характерно более острое начало аппендицита, повышения температуры до фебрильных цифр, многократная рвота, часто наблюдается понос. Эти общие явления интоксикации маскируют местные проявления аппендицита.
25.	1. Острый деструктивный аппендицит 2. Появление болей в эпигастрии с последующим перемещением в правую подвздошную область – симптом Кохера, характерный симптом острого аппендицита для детей старшего возраста. Болезненность в правой подвздошной области и, там же, пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга при давности заболевания 18 часов – патогномоничные симптомы острого деструктивного аппендицита (флегмонозного). 3. Умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез. 4. Госпитализация в хирургическое отделение. Аппендектомия по экстренным показаниям. Предоперационная подготовка с целью детоксикации в данном случае не требуется. За 30 мин. до операции введение антибиотика (цефалоспорин 3 поколения) 5. Аппендектомия доступом Волковича – Дьяконова в правой подвздошной области.
26.	1. Подозрение на острый деструктивный аппендицит. 2. Дифференциальная диагностика со спастической кишечной непроходимостью, острой кишечной инвагинацией – исключает эти диагнозы наличие нормального стула, появление симптомов раздражения брюшины как правило бывает позже. Необходимо проведение обзорной рентгенографии органов брюшной полости. Воспаление дивертикула Меккеля. До операции дифференцировать достаточно сложно. 3. Ректальный осмотр, УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости. 4. Атипичным медиальным расположением червеобразного отростка 5. Операция показана. Целесообразно начать с диагностической лапароскопии.
27.	1.Диагноз: криптогенный перитонит. 2. Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, САСС, группа крови и резус фактор, посев отделяемого из преддверия влагалища, УЗИ органов брюшной полости и малого таза. 3. Кратковременная предоперационная подготовка в течение 2-х часов (детоксикационная инфузионная терапия, антибактериальная терапия, симптоматическая (снижение температуры тела). Экстренная лапароскопическая санация брюшной полости. После операции: инфузионная, антибактериальная терапия. Консультация детского гинеколога.
28.	1. Основной: Острый деструктивный аппендицит. Осложнение основного заболевания: Разлитой перитонит, III фаза. Абдоминальный сепсис. 2. Анализ крови на тромбоциты, САСС, биохимический анализ крови: о. белок, АСТ, АЛТ, билирубин, остаточный азот, мочевина, креатинин, СРБ, прокальцитониновый тест. Обзорная рентгенография органов грудной клетки, брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ. 3. Показана предоперационная подготовка в условиях ОАРИТ: декомпрессия желудка, катетеризация мочевого пузыря, венозный доступ, инфузионная

	детоксикационная терапия из расчета 60 мл/кг (глюкозо – солевые растворы, растворы, содержащие среднемолекулярные декстраны (30000–40000) г, антибактериальная терапия. Срединная лапаротомия. Программированная лапаростомия. III фаза (терминальная, или полиорганных изменений).
29.	б) неспецифический язвенный колит
30.	в) язвенно-некротический энтероколит
31.	в) язвенная болезнь желудка
32.	б) трещина заднего прохода
33.	б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс эзофагит
34.	г) синдром Пейтца-Егерса
35.	б) портальная гипертензия
36.	б) инвагинация кишечника
37.	в) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки
38.	а) болезнь Шенлейна—Геноха
39.	1. Закрытая травма живота; двух моментный разрыв селезенки; внутрибрюшное кровотечение. 2. Больная не была показана хирургу, не выполнялось УЗИ органов брюшной полости. 3. Экстренная лапаротомия (лапароскопия) и спленэктомия.
40.	1. Травматический разрыв левой почки. 2. УЗИ, экскреторная урография, КТ с внутривенным контрастированием (при наличии). 3. Оперативное лечение: люмботомия и опорожнение урогематомы (гематомы); в зависимости от характера повреждения: ушивание разрыва с дренированием лоханки и околопочечного пространства или нефрэктомия.
41.	1.1. Инородное тело пищевода 1.2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом шейного отдела и брюшной полости. ФГДС. 1.3. Госпитализация в хирургический стационар. Эндоскопическое удаление инородного тела. 2.1. На основание обзорной рентгенографии исключить наличие инородного тела нельзя, т.к. оно может быть нерентгеноконтрастным. 2.2. Необходимо выполнить ФГДС или рентгеноконтрастное исследование пищевода
42.	1. Инородное тело прямой кишки (значок?) 2. Обзорную рентгенографию органов брюшной полости с захватом органов малого таза. Ректороманоскопия. 3. Госпитализация в хирургический стационар. Удаление инородного тела из прямой кишки.
43.	1. Пахово-мошоночная грыжа 2. После 6 месяцев
44.	1. Грыжа белой линии живота. 2. К детскому хирургу 3. Грыжевыми воротами является щелевидный дефект в апоневрозе белой линии живота. Первым этапом образования грыжи белой линии живота является выхождение предбрюшинной клетчатки (стадия предбрюшинной липомы) В последующем может внедряться париетальная брюшина (грыжевой мешок) и содержимое – петли кишок и сальник. 4. По условиям задачи у данного ребёнка срочных показаний к оперативному вмешательству нет. 5. Плановое оперативное вмешательство в возрасте 3 -5 лет.

	6. В последующем с ростом ребёнка при резком повышении внутрибрюшного давления или перерастяжения брюшной стенки возможно выхождение в грыжевой мешок и ущемление сальника или петель кишок. 7. Из небольшого разреза кожи над грыжевым выпячиванием выделяют прядь предбрюшинного жира, прошивают у основания и отсекают. Культю погружают в щелевидный дефект апоневроза, который затем ушивают отдельными швами. Операцию можно закончить наложением интрадермального шва на кожу.
45.	Флебэктазия внутренней яремной вены
46.	1. Капилярная ангиодисплазия. 2. Оперативное лечение не требуется. 3. Прогноз для здоровья благоприятный. Наличие данного образования не влияет на рост и развитие ребёнка. При данной локализаци к году пятно бледнеет и косметический недостаток практически отсутствует.
47.	1. Капиллярная гемангиома области спины. 2. Наблюдать можно: косметически выгодная локализация, появились признаки запустевания (бледность по центру). Вожмозна инвалюция гемангиомы. 3. Обрисовать контур гемангиомы на полиэтиленовой пленке. Прикладывать раз в 10 дней + фотонаблюдение.
48.	1. Врождённый лимфостаз (слоновость) нижней конечности 2. а) парциальный гигантизм с липоматозом или без него. Основное отличие - отсутствии прогрессирующего отёка, стабильность клинической картины, удлинение конечности или её сегмента, чего не бывает при слоновости; б) синдром Клиппеля-Треноне, при котором отёк конечности связан с нарушением венозной гемодинамики. Ведущим дифференциально-диагностическим критерием служит ангиографическая картина нарушения кровотока по глубоким венам; в) отеки при соматической патологии (гипофункция щитовидной железы, заболевания почек, ангионевротические отёки и др.) При этих заболеваниях отёки симметричные, не столь плотные, как при слоновости, могут носить распространённый характер, подвержены обратному развитию. Анамнез и целенаправленное обследование дают возможность чётко дифференцировать патологию. 3. Проба Мак-Клюра-Олдрича (волдырная пробу). При слоновости в связи с нарушением равновесия между онкотическим и гидростатическим давлением в тканях происходит усиленное всасывание жидкости, поэтому волдырь рассасывается в течение 5-15 мин (норма 40-60 мин). 4. Лимфография 5. Дистрофические изменения в коже в виде пигментации, гиперкератоза, папилломатозных разрастаний, лимфорея, воспалительные процессы, тяжёлые функциональные и косметические нарушения. 6. Хирургическое.
49.	1. Множественные капиллярные гемангиомы (области правой щеки и подлопаточной области слева) в стадии активного роста. 2. Криотерапия, гормонотерапия, склерозирующая терапия, лечение пропранолоном, электрокоагуляция, хирургическое иссечение. 3. Относительно гемангиомы на лице – необходимо начать лечение, поскольку рост гемангиом на лице непредсказуемый. В свете современной тактики, все гемангиомы на лице необходимо лечить пропранолоном из расчета 2 мг/кг массы тела при отсутствии противопоказаний по сердечно-сосудистой системе (заключение дает кардиолог). Альтернативным методом будет криодеструкция жидким азотом либо склерозирующая терапия. Гемангиому в подлопаточной области можно наблюдать, контролируя ее рост. Размеры и локализация позволяют.

	4. Для определения роста гемангиомы, нужно нанести ее контуры на кальку или полиэтиленовую пленку и каждые две недели прикладывать к опухоли. Не исключается УЗИ – контроль, фотоконтроль. 5. Классификация гемангиом (С.Терновский (1959 г.)) Простая (капиллярная) Кавернозная Комбинированная Смешанная
50.	1. Подозрение на болезнь Гиршпрунга, осложненную обтурационной кишечной непроходимостью. Отсутствие самостоятельного стула с раннего возраста, вздутие живота, расширение толстой кишки, заполненной калом, отсутствие кала в прямой кишке и повышение тонуса анального сфинктера – все это клинические признаки, характерные для хронической формы болезни Гиршпрунга. 2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости. Далее после подготовки необходимо выполнить ирригографию с бариевой взвесью, на которой при болезни Гиршпрунга выявляются типичные рентгенологические симптомы: наличие зоны сужения (чаще в ректосигмоидном отделе) и зона престенотического расширения кишки. Морфологическим подтверждением заболевания является отсутствие нервных ганглиев в биоптатах толстой кишки, взятых в зоне сужения или ниже. 3. Первоначально проводится консервативное лечение (сифонные клизмы 1% раствором хлорида натрия), направленное на очищение толстой кишки и уменьшение ее размеров, ликвидацию симптомов кишечной непроходимости. В случае неэффективности консервативного лечения накладывается колостома. Радикальная операция (резекция аганглионарного отдела и низведение нормально сформированной кишки на промежность) проводится в плановом порядке после стабилизации состояния ребенка и сокращения размеров толстой кишки (первично, либо после наложения колостомы).
51.	1. На амбулаторном этапе провести безотлагательно обследование для плановой госпитализации, УЗИ и допплерографию яичек. Направить в стационар на плановое хирургическое лечение. 2. Да были. Диагноз должен был быть поставлен при проведении диспансеризаций на первом году жизни. 3. Атрофия яичка, гормональные нарушения, бесплодие, ущемление, перекрут, воспаление, малигнизация крипторхированного яичка
52.	1. Обзорная рентгенография органов грудной полости в прямой и боковой проекциях. 2. Справа в легком ограниченный очаг с перифокальным воспалением, с уровнем жидкости. Данные изменения характерны для абсцесса легкого с дренированием через бронх. ДЗ: Острая гнойная деструктивная правосторонняя пневмония, легочная форма. Абсцесс правого легко. 3. Перевод ребенка в детское хирургическое отделение.
53.	1. Ложная левосторонняя диафрагмальная грыжа 2. Интубация трахеи, перевод на ИВЛ, зондирование желудка, профилактика геморрагического синдрома, введение антибиотика, организация перевода ребенка в детский хирургический стационар в экстренной форме. 3. Транспортировка новорожденного осуществляется специализированной реанимационной бригадой для новорожденных в сопровождении врача реаниматолога.
54.	1. ВПР ЖКТ. Полная врожденная высокая непроходимость. Атрезия 12-перстной кишки.

	2. Для уточнения основного заболевания дополнительных обследований не требуется. При полной высокой врожденной непроходимости обзорная рентгенография позволяет достоверно поставить диагноз. 3. В период пренатального развития плода, не позднее второго УЗИ скрининга. При антенатальном ультразвуковом исследовании визуализация "двойного пузыря" (double bubble) у плода достоверно указывает на дуоденальную непроходимость. 4. С целью диагностики скрытых пороков развития, которые часто бывают множественными при дуоденальной непроходимости.
55.	1. Изменения на рентгенограмме соответствуют напряженному пневмоперитонеуму (свободный газ в брюшной полости в большом количестве, смещающий органы брюшной полости к центру). 2. Перфорация полого органа, с большей вероятностью, желудка 3. Экстренное оперативное вмешательство после кратковременной (не более 2-х часов) предоперационной подготовки. 4. Обязательными манипуляциями в период предоперационной подготовки: а) декомпрессия желудка с помощью зонда с целью снижения давления в брюшной полости и профилактики аспирационного синдрома; б) выполнение лапароцентеза и дренирования брюшной полости, которые способствуют декомпрессии брюшной полости и предупреждению развития абдоминального компартмент-синдрома; в) инфузионная терапия – главный компонент предоперационной подготовки: коррекция гиповолемии, антибиотики широкого спектра действия. 5. Критериями нормализации состояния являются восстановление темпа диуреза (не менее 2,0 мл/кг в час), появление пульса на периферических артериях, нормализация показателей АД и насыщения крови кислородом (SpO2 90–94%).
56	1. Подозрение на лимфопролиферативное заболевание. болезнь Ходжкина? 2. Дифференциальная диагностика – болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, хронический лимфолейкоз, туберкулез лимфоузлов, саркоидоз Бенье-Бека, метастазы в лимфоузлы, инфекционный мононуклеоз. 3. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов, печени, селезенки, КТ или МРТ брюшной полости, ПЭТ/ КТ исследование, стернальная пункция, биопсия лимфоузла, морфологическое и иммуногистохимическое исследование. 4. При подтверждении диагноза – курсы химиотерапии в отделении детской онкологии.

	ТЕМЫ ДОКЛАДОВ.
1.	Острый живот у детей. Дифференциальная диагностика.
2.	Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита и перитонита у детей.
3.	Перитонит у новорожденных
4.	Первичный перитонит у детей разных возрастных групп.
5.	Безоары у детей и подростков.
6.	Опухоли костей у детей
7.	Тератоидные опухоли у детей.
8.	Нейробластома.
9.	Лимфомы у детей.
10.	Опухоли яичка у детей.
11.	Синдром гиперемированной и отечной мошонки.
12.	Некротический энтероколит у новорожденных

13.	Ахалазия пищевода.
ТРЕБОВАНИЯ К ДОКЛАДУ: *Актуальность и значимость проблемы по теме доклада должна быть сформулирована в начале выступления;* *Выступающий должен хорошо знать материал по теме своего выступления, быстро и свободно ориентироваться в нем;* *Речь докладчика должна быть четкой, умеренного темпа;* *Докладчик должен иметь зрительный контакт с аудиторией;* *Доклад должен сопровождаться презентацией;* *После выступления докладчик должен аргументированно и по существу отвечать на все вопросы по теме доклада*	
	ТЕМЫ ПРЕЗЕНТАЦИЙ
	Хирургические аспекты болезни Крона у детей и подростков.
	Хирургические аспекты гастроэзофагиального рефлюкса у детей.
	Паразитарные кисты легких.
	Паразитарные кисты печени.
	Лимфаденопатия у детей.
	Первично-хронический остеомиелит.
	Эпифизарный острый гематогенный остеомиелит.
	Осложненные брюшные грыжи у детей.
	Очаговые поражения печени у детей.
	Диспансеризация и реабилитация детей с хирургическими заболеваниями
	Боковые и срединные кисты шеи
	Бронхоэктатическая болезнь.
	Врожденная кишечная непроходимость у детей старшего возраста.
	Патология крайней плоти у детей.
ТРЕБОВАНИЯ К ПРЕЗЕНТАЦИИ: *Презентация должна быть выполнена в формате PowerPoint, содержать начальный и конечный слайды, объем презентации не менее 10 и не более 20 слайдов;* *Структура презентации должна включать титульный лист (ФИО обучающегося, тема доклада), оглавление, основную и резюмирующую части;* *Каждый слайд должен быть логически связан с предыдущим и последующим;* *Рекомендуется использовать графический материал (включая картинки), сопровождающий текст (это позволит разнообразить представляемый материал и обогатить доклад выступающего);* *Время выступления должно быть соотнесено с количеством слайдов из расчета, что презентация, включающая 10— 15 слайдов, требует для выступления около 7—10 минут.*	

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.
Содержание оценочного средств – вопросы к экзамену

1. История развития детской хирургии. Достижения отечественной школы детских хирургов.
2. Организация хирургической помощи детям. Нормативно-правовые документы в работе врача детского хирурга.
3. Первичное звено здравоохранения. Оснащение и организация работы хирургического кабинета детской поликлиники. Диспансеризация детей с хирургической патологией.

4. Особенности хирургии детского возраста. Анатомо-физиологические особенности детей. Дисфункции созревания и диспропорции роста. Сроки плановой хирургической коррекции при врожденных дефектах развития.
3. Деонтология в детской хирургии. Врач-больной, ребенок-родители (травматические повреждения, онкологические больные, тяжелые пороки развития, реанимационные больные). Взаимоотношения с персоналом. Врачебная этика.
4. Эндоскопические методы диагностики в детской хирургии. Показания и противопоказания.
5. Лучевые методы диагностики в детской хирургии (ультразвуковые, рентгенологические, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). Показания, противопоказания.
6. Острый аппендицит у детей. Этиология, патогенез. Типичная клиника. Диагностика. Тактика лечения. Техника типичной аппедектомии.
7. Дифференциальная диагностика острого аппендицита у детей.
8. Острый аппендицит у детей раннего возраста. Особенности клиники, диагностики, дифференциальной диагностики.
9. Атипичные формы острого аппендицита. Особенности клиники, диагностики, лечения. Техника ретроградной аппендектомии.
10. Осложненные формы аппендицита. Клиника, диагностика и хирургическая тактика при аппендикулярных абсцессах и инфильтратах.
11. Перитонит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, принципы этио-патогенетического лечения.
12. Перитонит у новорожденных. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Первичный перитонит у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
14. Кишечная инвагинация у детей. Классификация. Этиология. Патогенез Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
15. Кишечная инвагинация у детей грудного возраста. Предрасполагающие и провоцирующие факторы. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания и методика консервативной дезинвагинации.
16. Приобретенная кишечная непроходимость у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика.
17. Динамическая кишечная непроходимость. Особенности этиологии, патогенеза у детей раннего возраста. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
18. Спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
19. Обтурационная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
20. Желудочно – кишечные кровотечения. Классификация. Причины, клиника, диагностика при кровотечениях из верхних отделов пищеварительного тракта. Неотложная помощь. Хирургическая тактика.
21. Желудочно – кишечные кровотечения. Классификация. Причины, клиника, диагностика при кровотечениях из нижних отделов пищеварительного тракта. Неотложная помощь. Хирургическая тактика.
22. Закрытая травма паренхиматозных органов живота у детей. Классификация. Механизм травмы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика.
23. Закрытая травма полых органов брюшной полости у детей. Механизм травмы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика.
24. Травматический и геморрагический шок у детей при абдоминальной травме у детей. Патогенез. Особенности течения. Клиническая картина. Принципы противошоковой терапии.

обезболивания.
25. Травма почек, мочевого пузыря и уретры у детей. Клиника. Диагностика. Роль современных
методов исследования. Лечение.
26. Гнойная хирургическая инфекция у детей. Классификация. Этиология. Патогенез. Общие клинические проявления. Осложнения. Принципы лечения.
27. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей (флегмона, абсцесс, лимфаденит, рожистое воспаление, фурункул, карбункул, парапроктит) Клиника. Диагностика. Лечение.
28. Острый гематогенный остеомиелит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения. Принципы хирургической тактики.
29. Острый гематогенный остеомиелит у новорожденных. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, принципы хирургического лечения.
30. Хронический гематогенный остеомиелит. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения. Лечение.
31. Острая бактериальная деструкция легких. Классификация. Клинические формы. Диагностика. Методы лечения.
32. Острая бактериальная деструкция легких. Неотложная помощь при синдроме внутригрудного напряжения. Техника плевральной пункции и торакоцентеза.
33. Грыжи передней брюшной стенки у детей. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
Врачебная тактика. Сроки оперативного лечения.
34. Паховая грыжа. Этиология. Патогенез. Формы грыж. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Способы грыжесечения у детей.
35. Осложненные паховые грыжи у детей. Виды ущемлений. Предрасполагающие и провоцирующие факторы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Показания к консервативному лечению.
36. Хирургические аспекты запоров у детей. Причины. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
37. Болезнь Гиршпрунга у детей. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
38. Сосудистые опухоли у детей. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
39. Пороки развития сосудов у детей. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
40. Синдром портальной гипертензии у детей. Классификация. Классификация. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
41. Атрезия пищевода. Этиология. Патогенез. Формы атрезии пищевода. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Значение ранней диагностики. Тактика врача родильного дома. Организация транспортировки. Принципы хирургического лечения.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать,

классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка **«*хорошо*»** выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка **«*удовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка **«*неудовлетворительно*»** выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.