Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 23.07.2024 10:01:35
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fee387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

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 (Модуля) Б1.О.02 Детская хирургия
Индекс, наименование

основной образовательной программы высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
по специальности

Направление подготовки (специальность)	**31.08.19 Педиатрия**
Уровень подготовки	**Подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры**
Направленность подготовки	**02 Здравоохранение (в сфере педиатрии)**
Форма обучения	**Очная**
Срок освоения ООП	**2 года**
Институт/кафедра	**Институт хирургии**

Владивосток – 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной 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 направлению подготовки 31.08.19 Педиатрия, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности педиатрии общепрофессиональных и профессиональных компетенций.

https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.19_Pediatriya(3).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Тесты

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Оценочные средства для текущего контроля.
Оценочное средство 1
Тестовые задания.

1. **Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**
   острого панкреатита
   острого мезаденита
   острого гастроэнтерита
   *гломерулонефрита
   правосторонней почечной коликой
2. **Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком (критерий оценки качества оказания хирургической помощи) поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:**
   3 часами
   6 часами
   *12 часами
   18 часами
   24 часами
3. **Что является патогномоничным лабораторным признаком при остром панкреатите?**
   повышение билирубина и трансаминаз
   повышение лейкоцитоза и СОЭ
   *повышение амилазы и диастазы
   повышение щелочной фосфатазы.
4. **Омфалит, катетеризация пупочной вены у новорожденных являются факторами риска развития:**

надпеченочной формы портальной гипертензии
стеноза нижней полой вены
*внепеченочной формы портальной гипертензии
внутрипеченочной формы портальной гипертензии

5. **О развитии септического шока у больного свидетельствует:**
*артериальная гипотония, требующая введения вазопрессоров, повышение уровня лактата более 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузию;
наличие метаболических нарушении;
длительная гипертермия;
наличие метастатических очагов инфекции
6. **Рекомендуется считать, что наиболее достоверным (Р<0,5) тестом ранней биохимической диагностики сепсиса у ребенка больного острым гематогенным остеомиелитом является исследование показателя:**
СРБ
трансаминаз
альбумина
*прокальцитонина
7. **Показанием для направления ребенка, перенёсшего острый гематогенный остеомиелит, на санаторно–курортное лечение является:**
остеомиелит в стадии обострения
хронический остеомиелит, свищевая форма
*не ранее 6 мес. после окончания острой стадии при отсутствии свищей и показаний к операции
не ранее 1 года после окончания острой стадии при отсутствии свищей и показаний к операции
8. **Критериями эффективности терапии больного с кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом в фазу экстренной коррекции, является:**
нормализация температуры, пульса, дыхания
снижение лейкоцитоза, повышение гемоглобина, уменьшение боли в животе
прекращение рвоты, самостоятельный стул, лейкоцитоз 15-20 тыс.
*восстановление диуреза, нормализация ЦВД, температура ниже 38°С, уменьшение мраморности кожных покровов
9. **У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:**
*расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем
пальпаторное расправление инвагината под наркозом
расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа
оперативное лечение
10. **Для врожденного пилоростеноза при исследовании газов крови характерно:**
выраженный метаболический ацидоз
умеренный метаболический ацидоз
КЩС норма
*умеренный метаболический алкалоз
11. **С целью исключения врожденного пилоростеноза при клинической картине срыгиваний и рвоты у новорождённых в качестве первостепенного инструментального обследования рекомендовано проведение:**
обзорной рентгенографии органов брюшной полости
*ультразвукового исследования пилорического отдела желудка
ФГДЭС
рентгеноконтрастное исследование желудка
12. **Лечебная физкультура – обязательный компонент программы реабилитации детей, перенесших:**
*острую гнойную деструктивную пневмонию
грыжесечение паховой грыжи

грыжесечение пупочной грыжи
консервативную дезинвагинацию

13. **Реабилитация детей школьного возраста после грыжесечения ущемленной паховой грыжи, согласно клиническим рекомендациям, заключается в:**
освобождении от физической нагрузки на 1 месяц;
*освобождении от занятий (домашний режим) на 7-10 дней, освобождение от физической нагрузки на 2 месяца;
освобождении от занятий (домашний режим) на 10 – 14 дней и от физической нагрузки на 1 месяц;
свободный режим
14. **Лечение не напряженной водянки оболочек яичка у больного 1 года предусматривает:**
оперативное лечение в плановом порядке
наблюдение до 3-4 лет
*наблюдение до 2 лет
пункцию под контролем УЗИ
экстренную операцию
15. **Современное лечение гемангиом лица у детей:**
*применение бета-блокаторов (пропранолол)
химиотерапия
склерозирующая терапия
гормонотерапия
16. **При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:**
пункция абсцесса
*бронхоскопическая санация
дренирование плевральной полости
катетеризация бронха
17. **При подозрении на инородное тело дыхательных путей исключить его можно только:**
при отсутствии физикальных изменений со стороны органов дыхания
при отсутствии изменений на рентгенограмме органов грудной клетки
при наблюдении ребенка в динамике
*при проведении бронхоскопии
18. **Гидронефроз, обусловленный нарушением проходимости на уровне пиелоуретрального сегмента (врожденный) от гидронефроза вследствие пузырно-мочеточникого рефлюкса, поможет отличить выполнение:**
экскреторной урографии
УЗИ
цистоскопии
нефросцинтиографии
*микционной цистографии
19. **Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма:**
период новорожденности
*6 месяцев - 1 год
2 года
2-3 года
6-9 лет
20. **В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:**
отек, гиперемия, болезненность в области мошонки
гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
*отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
значительное накопление жидкости в полости мошонки

увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка

Критерии оценивания
«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания
«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания
«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания
«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации.

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта.
Оценочное средство 1
Тестовые задания.

1. **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. Диагноз:**
   острый мезаденит
   разлитой перитонит
   *острый деструктивный аппендицит
   кишечная инвагинация
   болезнь Крона
2. **Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:**
   ввести промедол
   ввести седуксен
   ввести спазмолитики
   осмотреть ребенка под наркозом
   *осмотреть ребенка в состоянии естественного сна
3. **У ребенка 14 лет, резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:**
   *флегмона кисти
   кожный панариций
   подкожный панариций
   костный панариций
   сухожильный панариций
4. **Обращение за медицинской помощью к участковому педиатру.**
   Мальчик 21 день. Анамнез заболевания. На 3 сутки жизни после рождения ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. В этот же день ребенок стал обильно срыгивать после каждого кормления, последние три дня рвота «фонтаном» створоженным молоком без примеси желчи и крови до 4-5 раз в сутки. Масса тела при рождении – 3100 г.
   Осмотр. Масса тела 2900. Ребенок беспокойный, глаза запавшие, кожные покровы, губы и слизистые полости рта сухие, родничок умеренно западает. Тургор ткани снижен. Температура – 37,5^{0}С, пульс – 152 в минуту, ЧД – 46 в мин. Живот

ладьевидной формы – выбухает в эпигастральной области, здесь же визуализируется перистальтика по типу «песочных часов», определяется «шум плеска». При пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Жидкости в отлогих местах живота нет. Стул все дни скудный, последние два дня отсутствовал. Диурез снижен. Ваш предварительный диагноз:

халазия пищевода
*врожденный пилоростеноз
пилороспазм
стеноз 12-перстной кишки
псевдопилоростеноз

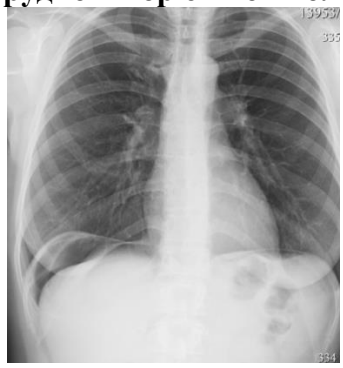
5. **У ребенка 6-и месяцев ночью внезапно появилось беспокойство, обусловленное приступообразными болями в животе. Из анамнеза известно, что после употребления в 14 часов овощного пюре в качестве первого прикорма ребенок был активен, аппетит сохранен. Уснул спокойно. Приступы носили схваткообразный характер, а к моменту осмотра бригадой СМП (через 13 часов от начала болезни) боли уменьшились, ребенок стал менее беспокойным, но более вялым. Предварительный диагноз:**

острый аппендицит
*острая кишечная инвагинация
пищевая токсикоинфекция
кишечная инфекция
обтурационная кишечная непроходимость

6. **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). Наиболее вероятный диагноз:**

острый аппендицит
*спаечная кишечная непроходимость
паретическая кишечная непроходимость
спастическая кишечная непроходимость
обтурационная кишечная непоходимость

7. **У ребенка с клиникой перитонита выполнена обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости (фото). Ваше заключение:**



патологии нет
поддиафрагмальный абсцесс
паретическая непроходимость
*перфорация полого органа
объемное образование печени

8. **Мальчик 4 месяцев жизни. В течение 5 дней находится в детском отделении ЦРБ по поводу двусторонней пневмонии. 1 час назад у него появилось резкое беспокойство, однократная рвота, болезненное опухолевидное образование в правой паховой**

области, размерами 3х3 см, не исчезающее при поглаживании и надавливании. Предварительный диагноз:

паховый лимфаденит
невправимая паховая грыжа
*ущемленная паховая грыжа
пахово-мошоночная грыжа
киста семенного канатика

9. **У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:**

экстренное оперативное вмешательство
операцию в плановом порядке по достижении 2 лет
наблюдение в динамике
*массаж живота, гимнастика, профилактику запоров
массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем

10. **Что нужно делать во всех случаях попадания инородного тела в верхние дыхательные пути (даже после удачного извлечения этого тела)?**

*Вызвать скорую помощь или доставить в больницу
Дать обильное количество воды и успокоить
Уложить пострадавшего и дать покой
Рекомендовать обратиться к педиатру в поликлинику по месту жительства

11. **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 попытке напоить ребенка – была рвота выпитой жидкостью. Осмотр ребенка врачом педиатром 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.**

15.1. Предварительный диагноз:

инородное тело гортани
*инородное тело пищевода
инородное тело трахеи
инородное тело ротоглотки
инородное тело желудка

15.2. Ваша тактика:

наблюдению в поликлинике у хирурга
наблюдению в поликлинике у педиатра
госпитализации в детское хирургическое отделение при подтверждении наличия инородного тела после обследования на амбулаторном этапе
немедленной госпитализации в педиатрическое отделение
*немедленной госпитализации в детское хирургическое отделение

12. **У ребенка с острой деструктивной пневмонией на рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:**

пиопневмоторакс
ателектаз
буллезная форма легочной деструкции
*напряженный пиоторакс
пиоторакс

13. **Вы осмотрели ребенка пяти месяцев. Локальный статус представлен на фото. Предварительный диагноз:**



пиогенная гранулома
*поверхностная (капилярная) инфантильная гемангиома
глубокая (кавернозная) инфантильная гемангиома
капилярная мальформация по типу винного пятна
лимфотическая мальформация

14. **У пациента 2-х лет обострение хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует назначить:**
цефазолин
фортум
*ванкомицин
ампициллин / сульбактам
15. **У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой ретенции. В анамнезе – в течение суток боль в области задержанного яичка, беспокойство ребенка. Ему показано:**
динамическое наблюдение
гормональную терапию
*экстренное оперативное вмешательство
оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией
динамическое наблюдение в течение 2 лет

Критерии оценивания:
«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты и на тестовые задания промежуточной аттестации имеет 71% и более правильных ответов.
«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если у него выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины и на тестовые задания промежуточной аттестации имеет менее 71% правильных ответов.