

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России)

**ФАКУЛЬТЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

«ОДОБРЕНО»

Председатель цикловой методической
комиссии факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Харитонова Л. А.

«24» ноября 2021 г.

Протокол заседания цикловой методической
комиссии ФДПО от «24» ноября 2021 г. № 4

«УТВЕРЖДАЮ»

Декан факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Сергеенко Е. Ю.

«24» ноября 2021 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

По специальности: «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ» 31.08.16

Трудоемкость: 144 академических часа

Форма обучения: очная, с ДОТ и ЭО

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

Москва, 2021

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Детская хирургия» обсуждена и одобрена на заседании кафедры детской хирургии ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

Протокол заседания кафедры № _____ от _____ 20 _____ г.

Заведующий кафедрой д. м. н. Разумовский А.Ю. _____
подпись

Программа рекомендована к утверждению рецензентом:

Поддубный И.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой детской хирургии лечебного факультета ФГБОУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова Минздрава России.

Поддубный И.В.

подпись

дата

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Детская хирургия» (далее – Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры детской хирургии ПФ ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, заведующий кафедрой д. м. н. Разумовский А.Ю.

Состав рабочей группы:

№№ п/п	Фамилия, имя, отче- ство	Учёная степень, звание	Занимаемая долж- ность	Место работы
1.	Разумовский Александр Юрьевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафед- ры детской хирургии ПФ	ФГАОУ ВО РНИ- МУ им. Н. И. Пи- рогова
2.	Дронов Анатолий Федорович	д.м.н., профессор	профессор кафедры детской хирургии ПФ	ФГАОУ ВО РНИ- МУ им. Н. И. Пи- рогова
3.	Меновщикова Людмила Борисовна	д.м.н., профессор	профессор кафедры детской хирургии ПФ	ФГАОУ ВО РНИ- МУ им. Н. И. Пи- рогова
4.	Аль-Машат Намир Аднанович	к.м.н., доцент	доцент кафедры дет- ской хирургии ПФ	ФГАОУ ВО РНИ- МУ им. Н. И. Пи- рогова
5.	Коварский Семен Львович	д.м.н., профессор	профессор кафедры детской хирургии ПФ	ФГАОУ ВО РНИ- МУ им. Н. И. Пи- рогова

Глоссарий

АС ДПО	– автоматизированная система дополнительного профессионального образования
ДОТ	– дистанционные образовательные технологии
ДПО	– дополнительное профессиональное образование
ЖКТ	– желудочно-кишечный тракт
ИА	– итоговая аттестация
ЛЗ	– лекционные занятия
ОСК	– обучающий симуляционный курс
ОТФ	– обобщенная трудовая функция
ПА	– промежуточная аттестация
ПАВ	– психоактивные вещества
ПЗ	– практические занятия
ПК	– профессиональная компетенция
ПС	– профессиональный стандарт
ПФ	– педиатрический факультет
С3	– семинарские занятия
СЛР	– сердечно-лёгочная реанимация
СР	– самостоятельная работа
ТФ	– трудовая функция
УП	– учебный план
ЭО	– электронное обучение

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

1. Общая характеристика Программы

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы
- 1.2. Категории обучающихся
- 1.3. Цель реализации программы
- 1.4. Планируемые результаты обучения

2. Содержание Программы

- 2.1. Учебный план
- 2.2. Календарный учебный график
- 2.3. Рабочие программы модулей
- 2.4. Оценка качества освоения программы
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы
- 2.5. Оценочные материалы

3. Организационно-педагогические условия Программы

- 3.1. Материально-технические условия
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение
- 3.3. Кадровые условия
- 3.4. Организация образовательного процесса

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76;
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Приказ Минздрава России от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (в ред. приказов Минздрава РФ от 15.06.2017 г. № 328н, от 04.09.2020 г. № 940н);
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. № 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-детский хирург»;
- лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 11 декабря 2019 г. № 2873.

1.2. Категории обучающихся

Категория обучающихся – врачи по специальности «Детская хирургия».

К лицам, поступающим на обучение по Программе, предъявляются следующие квалификационные требования:

– высшее образование – специалитет по специальности: «Лечебное дело» или «Педиатрия»; и подготовка в интернатуре и (или) ординатуре по специальности "Детская хирургия"

или

Высшее образование - специалитет по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия" и освоение программы ординатуры по специальности "Детская хирургия" в части, касающейся профессиональных компетенций, соответствующих обобщенной трудовой функции кода А профессионального стандарта "Врач - детский хирург"

1.3. Цель реализации программы

Цель реализации Программы – совершенствование имеющихся профессиональных компетенций (далее – ПК) и повышение профессионального

уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Детская хирургия».

Вид профессиональной деятельности в соответствии с профессиональным стандартом (далее – ПС): профилактика, диагностика, лечение хирургических заболеваний у детей, медицинская реабилитация.

Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом «Врач-детский хирург»

ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной медико-санитарной помощи детям по профилю "детская хирургия" в амбулаторных условиях	A/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	A/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	A/06.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	A/08.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Б: Оказание медицинской помощи детям по профилю "детская хирургия" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы обучающийся совершенствует следующие имеющиеся ПК:

ПК	Описание компетенции	Код
----	----------------------	-----

		ТФ ПС
ПК-1	<p>Готовность к проведению медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза</p> <p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями – Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма у детей с хирургическими заболеваниями – Использовать методы осмотров и обследований детей с хирургическими заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в числе которых: <ul style="list-style-type: none"> ○ визуальное исследование различных органов и систем; ○ пальпация и перкуссия грудной клетки, брюшной полости, костей и суставов; ○ аускультация органов грудной клетки и брюшной полости; ○ определение площади ожоговой поверхности; ○ определение объема активных и пассивных движений в суставе; ○ диагностическая аспирационная пункция сустава; ○ установка назогастрального зонда; ○ катетеризация мочевого пузыря; ○ катетеризация прямой кишки; ○ оценка интенсивности боли – Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований детей с хирургическими заболеваниями – Обосновывать и планировать объем инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных исследований у детей с хирургическими заболеваниями, таких как: <ul style="list-style-type: none"> ○ ультразвуковое исследование органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства; 	A/01.8 B/01.8

	<ul style="list-style-type: none"> ○ ультразвуковая допплерография сосудов органов брюшной полости, забрюшинного пространства; ○ рентгенография, в том числе рентгенологическое обследование с использованием внутриполостного/внутривенного контрастирования; ○ магнитно-резонансная томография; ○ компьютерная томография, в том числе с использованием внутриполостного или внутривенного контрастирования; ○ ангиография; ○ радиоизотопное исследование; ○ функциональные исследования мочевыделительной системы, толстой кишки; ○ внутрипросветное исследование (фиброскопия) пищевода, желудка, трахеи, бронхов, толстой кишки; ○ биопсия <p>– Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований у детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований у детей с хирургическими заболеваниями</p> <p>– Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>– Интерпретировать и анализировать результаты осмотров врачами-специалистами детей с хирургическими заболеваниями</p> <p>– Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями</p> <p>– Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями</p> <p>– Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей с хирургическими заболеваниями</p>	
ПК-2	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждаю-	A/02.8

<p>шихся в оказании хирургической медицинской помощи.</p> <p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с хирургическими заболеваниями – Назначать немедикаментозное лечение детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у детей с хирургическими заболеваниями – Разрабатывать план подготовки детей с хирургическими заболеваниями к хирургическому вмешательству, лечебным манипуляциям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции детям с хирургическими заболеваниями, такие как: <ul style="list-style-type: none"> ○ пункция гнойного очага; ○ инсталляция мочевого пузыря; ○ наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов; ○ наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки; ○ наложение повязки при заболеваниях мышц; ○ наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; 	B/02.8
---	---------------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ наложение шины при переломах костей; ○ наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов; ○ наложение повязки при ранении (повреждении) сосудов; ○ наложение повязки на послеоперационные раны; ○ удаление поверхностного инородного тела; ○ вскрытие панариция; ○ сшивание кожи и подкожно-жировой клетчатки; ○ вскрытие фурункула (карбункула); ○ вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); ○ закрытая коррекция отделенного эпифиза; ○ обработка места открытого перелома; ○ репозиция отломков костей при переломах; ○ вправление вывиха сустава; ○ аппликационная, инфильтрационная и проводниковая местная анестезия; ○ катетеризация мочевого пузыря; ○ пункция суставов; ○ наложение жгута при кровотечении; ○ наложение гипсовых повязок; ○ наложение кожных швов; ○ снятие кожных швов <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план послеоперационного ведения детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи – Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств, лечебных манипуляций – Проводить мониторинг хирургического заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения хирургического заболевания – Оказывать медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказа- 	
--	---	--

	<p>ния медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ при травматических повреждениях костно-мышечной системы, кожи и мягких тканей, внутренних органов, черепно-мозговой травме, ожогах, отморожениях; ○ проникающих ранениях органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства; ○ гнойно-воспалительных заболеваний кожи, подкожно-жировой клетчатки, костей, суставов, органов брюшной полости, грудной клетки; ○ наружных и внутренних кровотечениях; ○ развитии шока; ○ пневмотораксе; ○ сочетанных и комбинированных повреждениях 	
ПК-3	<p>Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, а также к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками</p> <p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике хирургических заболеваний – Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения не-медицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ и борьбы с ним – Проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья в соответствии с действующими нормативными правовыми документами – Проводить диспансеризацию детей в соответствии с действующими нормативными правовыми документами <p>Проводить диспансерное наблюдение детей с выявленными хроническими хирургическими заболеваниями</p>	A/06.8
ПК-4	<p>Готовность к оказанию медицинской помощи в экстренной форме:</p> <p>Должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями – Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жиз- 	A/08.8 B/04.8

	<p>ненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме</p> <ul style="list-style-type: none"> – Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации – Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) – Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме – Оказывать медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: – при травматических повреждениях костно-мышечной системы, кожи и мягких тканей, внутренних органов, черепно-мозговой травме, ожогах, отморожениях; - проникающих ранениях органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства; - гнойно-воспалительных заболеваниях кожи, подкожножировой клетчатки, костей, суставов, органов брюшной полости, грудной клетки; - наружных и внутренних кровотечениях; - развитии шока; - пневмотораксе; - сочетанных и комбинированных повреждениях
--	---

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1. Учебный план

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Детская хирургия» (144 ак. ч.)

№№ п/п	Наименование модулей	Все- го ча- сов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Стажи- ровка	Ча- сы с ДО Т и ЭО	В том чис- ле			ПК	Форма контроля	
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	Симу- ляци- онные заня- тия			Л З	С З	П З			
1.	Организация хирургической службы. Методы обследования. Плановая и пластическая хирургия.	16	16	10	4	2	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК - 4	ПА (зачёт)
2.	Абдоминальная и гнойная хирургия. Проктология детского возраста.	34	34	10	4	20	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК - 4	ПА (зачёт)
3.	Торакальная хирургия. Урология детского возраста. Гинекологические заболевания.	34	34	10	4	20	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК - 4	ПА (зачёт)
4.	Хирургия новорожденных. Травматология, ортопедия детского возраста. Реаниматология.	16	16	4	2	10	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК - 4	ПА (зачёт)
5.	Эндохирургия у детей. Гинекологические заболевания у девочек. Онкология детского возраста.	36	36	8	4	10	-	14	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК - 4	ПА (зачёт)
6.	Симуляционный обучающий курс: сердечно-лёгочная реанимация	4	4	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	ПК-1, ПК - 4	ПА (зачёт)
II.	Итоговая аттестация	4	2		2				2		2				ИА/Экзамен
III.	Всего по программе	144	142	42	20	62	4	14	2		2				

2.2. Календарный учебный график

Учебные занятия проводятся в течение одного месяца: четыре недели – пять дней в неделю по 7,2 академических часа в день.

2.3. Рабочая программа учебных модулей

МОДУЛЬ 1

Организация хирургической службы. Методы обследования. Плановая и пластическая хирургия.

Код	Наименование тем, подтем
1.	Основы социальной гигиены и организации здравоохранения
1.1.	Организация хирургической помощи детям
1.2.	Медицинская статистика
1.3.	Вопросы управления, экономики и планирования в детской хирургической службе
1.4.	Профилактика хирургических заболеваний у детей и вопросы ежегодной диспансеризации
1.5.	Вопросы медицинской и социальной реабилитации
1.6.	Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности детского хирурга
1.7.	Правовые основы здравоохранения
1.8.	Пренатальная диагностика в детской хирургии
2.	Методы обследования в детской хирургии
2.1.	Интраоперационные методы исследования
2.2.	Эндоскопические методы исследования
2.3.	Инструментальные методы исследования
2.4.	Функциональные методы исследования
2.5.	Физические методы исследования
2.6.	Информативность, последовательность и сочетанность специальных методов исследования в детской хирургии
3.	Плановая и пластическая хирургия у детей
3.1.	Патология эпителиальных ходов
3.2.	Патология вагинального отростка
3.3.	Грыжи брюшной стенки
3.4.	Опухоли и опухолевидные заболевания мягких тканей
3.5.	Ангиодиспазия
3.6.	Пластическая хирургия при врожденных и приобретенных поражениях мягких тканей

МОДУЛЬ 2

Абдоминальная и гнойная хирургия. Проктология детского возраста.

Код	Наименование тем, подтем
4.	Абдоминальная хирургия
4.1.	Острый аппендицит и его осложнения. Перитонит.
4.2.	Кишечная непроходимость
4.3.	Ущемленная паховая грыжа
4.4.	Непроходимость кишечника
4.5.	Травма органов брюшной полости
4.6.	Заболевания печени и желчевыводящей системы
4.7.	Синдром пальпируемой опухоли в животе. Опухоли брюшной полости. Опухоли забрюшинного пространства.
5.	Гнойная хирургия у детей
5.1.	Гнойная инфекция в хирургии
5.2.	Гнойные заболевания мягких тканей
5.3.	Гнойные заболевания кисти
5.4.	Остеомиелит
5.5.	Воспалительные заболевания пищевода, медиастинит, стенозы пищевода
6.	Проктология детского возраста
6.1.	Пороки развития прямой кишки
6.2.	Хронические запоры у детей. Болезнь Гиршпрунга.
6.3.	Мегаколон
6.4.	Воспалительные заболевания толстой кишки и заднего прохода
6.5.	Травматические повреждения прямой кишки и промежности
6.6.	Опухоли прямой кишки и другие заболевания

МОДУЛЬ 3

Торакальная хирургия. Урология детского возраста.

Код	Наименование тем, подтем
7.	Торакальная хирургия
7.1.	Заболевания легких и плевры
7.2.	Заболевания средостения
7.3.	Заболевания пищевода
7.4.	Заболевания диафрагмы
7.5.	Заболевания грудной клетки
7.6.	Закрытие и открытые повреждения грудной клетки
8.	Урология детского возраста
8.1.	Семиотика урологических заболеваний
8.2.	Аномалии почек и мочеточников

8.3.	Пороки развития мочевого пузыря
8.4.	Гипоспадия. Эписпадия.
8.5.	Фимоз. Парафимоз.
8.6.	Синдром «отечной мошонки»
8.7.	Крипторхизм
8.8.	Варикоцеле
8.9.	Гнойно-воспалительные заболевания органов мочеполовой системы
8.10.	Травматический повреждения органов мочеполовой системы
8.11.	Мочекаменная болезнь
8.12.	Урологическая онкология

МОДУЛЬ 4

Хирургия новорожденных. Травматология, ортопедия детского возраста. Реаниматология.

Код	Наименование тем, подтем
9.	Хирургия новорожденных
9.1.	Хирургия пороков развития
9.2.	Синдром рвоты у детей раннего возраста
9.3.	Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных
9.4.	Травма новорожденных
9.5.	Аномалии желточного протока. Полный свищ пупка. Неполный свищ пупка. Дивертикул Меккеля
9.6.	Аноректальные мальформации
10.	Травматология, ортопедия и костная патология детского возраста
10.1.	Детский травматизм
10.2.	Черепно-мозговая травма
10.3.	Родовые повреждения
10.4.	Повреждение верхней конечности
10.5.	Повреждение нижней конечности
10.6.	Повреждения позвоночника
10.7.	Переломы таза
10.8.	Отрывы и размозжения конечностей
10.9.	Повреждения грудной клетки и органов грудной полости
10.10.	Повреждения живота и забрюшинного пространства
10.11.	Множественные и сочетанные повреждения
10.12.	Врожденные заболевания опорно-двигательного аппарата у детей
10.13.	Приобретенные заболевания опорно-двигательного аппарата у детей
10.14.	Диспластические заболевания костей
10.15.	Новообразования скелета у детей
11.	Реаниматология

11.1.	Первичная реанимация
11.2.	Регионарная анестезия. Осложнения регионарной анестезии.
11.3.	Организация неотложной и скорой помощи
11.4.	Неотложная помощь при травмах, ожогах, отморожении, утоплении, укусах змей и насекомых

МОДУЛЬ 5

Эндохирургия у детей. Гинекологические заболевания у девочек. Онкология детского возраста.

12.	Эндоскопическая хирургия у детей
12.1.	История развития эндоскопической хирургии
12.2.	Эндоскопическая техника и технологические усовершенствования
12.3.	Лапароскопические операции при экстренных состояниях органов брюшной полости у детей
12.4.	Лапароскопические операции в плановой хирургии
12.5.	Торакоскопические операции
12.6.	Артроскопические операции
13.	Гинекологические заболевания у девочек
13.1.	Физиологические особенности пубертатного периода
13.2.	Воспалительные заболевания половых органов
13.3.	Ювенильные маточные кровотечения
13.4.	Перекруты придатков матки
14.	Онкология детского возраста
14.1.	Семиотика онкологических заболеваний
14.2.	Добропачественные опухоли
14.3.	Злокачественные опухоли
14.4.	Десмоид
15.	Рабочая программа модуля частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение современных эндохирургических методов диагностики и лечения хирургических болезней детского возраста. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает следующие виды деятельности: изучение современных эндохирургических методов лечения хирургических заболеваний детского возраста, отработка практических навыков применения методов диагностики и лечения Руководитель стажировки: Аль-Машат Н.А. – к. м. н., доцент кафедры детской хирургии ПФ Университета. Место проведения стажировки: ДГКБ ИМ Н.Ф.Филатова Садовая-Кудринская д. 15

	Содержание стажировки:
15.1	Диагностическая лапароскопия
15.2	Основы безопасной лапароскопии
15.3	Пневмоперитонеум
15.4	Лапароскопическая аппендэктомия
15.5	Лапароскопическая аппендэктомия при осложненных формах. Особенности санации и дренирования брюшной полости
15.6	Эндохирургическое лечение паховых грыж в том числе ущемленных.
15.7	Лапароскопическая холецистэктомия.
15.8	Лапароскопическая перевязка сосудов левого яичка
15.9	Лапароскопия в гепато-билиарной хирургии

МОДУЛЬ 6
РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ОБУЧАЮЩЕГО СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА
Сердечно-лёгочная реанимация

Симуляционное обучение реализуется на клинической базе кафедры с использованием симуляционного тренажёра-манекена и направлено на отработку практических навыков проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации.

Содержание симуляционного обучения:

Код	Наименование тем, подтем, элементов, подэлементов
ОСК.1	Базовая сердечно-лёгочная реанимация.
ОСК.1.1	Показания к проведению, порядок действий, комплекс реанимационных мероприятий.

2.4. Оценка качества освоения программы

2.4.1 Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1 Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по итогам освоения каждого учебного модуля Программы. Форма ПА – зачёт. Зачёт проводится в виде тестового контроля по темам учебного модуля письменно, по итогам ОСК - в виде проверки овладения практическими навыками проведения базовой СЛР;
- в виде итоговой аттестации (ИА). Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей и ОСК в объёме, предусмотренным учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится в два этапа:
 - первый этап: тестирование по темам учебных модулей Программы в АС ДПО;
 - второй этап: собеседование по условиям ситуационной задачи.

2.4.1.2 Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

2.4.2 Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы определяется Положением об организации итоговой аттестации обучающихся на факультете дополнительного профессионального образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2.5. Оценочные материалы

Оценочные материалы в виде тестовых заданий (250 тестовых вопросов) и ситуационных задач для собеседования (25 задач) представлены на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

Примеры тестовых заданий:

1		Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:
	*	стоя
		лежа на спине
		лежа на животе
		в положении Тренделенбурга
2		Характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:
	*	единичные широкие уровни
		множественные мелкие уровни
		большой газовый пузырь желудка
		свободный газ в брюшной полости
3		Наличие в пахово-мошоночной области образования эластичной консистенции, легко с урчанием вправимого в брюшную полость, характерно для:
	*	пахово-мошоночной грыжи
		кисты семенного канатика
		водянки оболочек яичек
		крипторхизма

Пример ситуационной задачи:

Вы хирург поликлиники осматриваете ребенка 2 лет, которого к вам направил участковый педиатр с жалобами на бледность, стойкое, не поддающееся коррекции снижение показателей гемоглобина до 90 г/л, периодические рвоты съеденной пищей. С рождения часто срыгивал после еды, плохо прибавлял в весе. После года несколько раз лечился по поводу анемии неясной этиологии.

Задания:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Ответ: Желудочно-пищеводный рефлюкс-эзофагит. Показана фибрэзофагогастроскопия, рН-метрия и исследование желудочно-кишечного тракта с барииевой взвесью на наличие рефлюкса. При халазии кардии показано консервативное лечение, при грыже пищеводного отверстия диафрагмы – оперативное вмешательство.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1 Материально-технические условия

3.1.1 Перечень помещений медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование медицинской организации	Вид занятий, которые проводятся в помещении	Адрес
1.	ГБУЗ ДГКБ ИМ. Н.Ф.ФИЛАТОВА	ЛЗ, СЗ, ПЗ	г. Москва, Садовая-Кудринская ул. д.15
2.	Учебный центр Инновационных Медицинских Технологий РНИМУ им. Н. И. Пирогова	симуляционные занятия	г. Москва, Островитянова ул. д.1. стр.4

3.2 Учебно-методическое и информационное обеспечение

3.2.1 Литература

№№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы
Основная литература	
1.	Детская хирургия: национальное руководство/ под ред. Член-корр. РАН А.Ю.Разумовского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021.- 1280с.
2.	Болезнь Гиршпрунга у детей : руководство для врачей / под ред. А. Ю. Разумовского, А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова, В. В. Холостовой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-4887-8.
Дополнительная литература	
3.	Эндоскопическая хирургия в педиатрии : руководство для врачей / А. Ю. Разумовский, А. Ф. Дронов, А. Н. Смирнов [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 608 с. : ил. ISBN 978-5-9704-3622-6.

4.	А. Ю. Разумовский, О. Г. Мокрушина, "Эндохирургические операции у новорожденных". Руководство. Медицинское информационное агентство. 342 стр. ISBN 978-5-9986-0206-1; 2015 г.
5.	«Болезни поджелудочной железы у детей». Под редакцией С. В. Бельмер, А. Ю. Разумовского, Е. А. Корниенко, В. Ф. Приворотского. Медпрактика. 240 стр. 2015 г. ISBN 978-5-98803-333-2; 2015 г.VI.
6.	Исаков Ю.Ф., Детская хирургия учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1040 с. - ISBN 978-5-9704-3497-0
7.	Детская онкология: нац. рук./под ред. М.Д.Алиева, В.Г.Полякова, Г.Л.Менткевича и др.; ФГБУ «РОНЦ им.Н.Н.Блохина» РАМН; НИИ детской онкологии и гематологии. – М.: Издат. группа РОНЦ, 2012. – 684 с.
8.	"Плановая хирургия. Урология" для студ-тов пед/фака исправлено и дополнено под редакцией проф. А.Ю.Разумовского и доцента Т.Н.Кобзевой. Уч.-Мет.пособие ООО "Петроруш", 2015 – 117 с.
9.	Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч. I: учебное пособие: В 2-х частях / сост.: В.К.Татьянченко, А.В. Овсянников, Ю.В. Хоронько [и др.]; науч. ред. В.К. Татьянченко; Рост. гос. мед. ун-т, каф. оператив.хирургии, клинич. анатомии и патологич. анатомии ФПК и ППС . - Изд. 3-е, перераб. И доп. - Ростов-на-Дону: РостГМУ, 2015. - 359 с. : ил
10.	Эхинококкоз у детей (брошюра) Ашурбеков В.Т.Махачкала, 2015

3.2.2 Информационно-коммуникационные ресурсы

№№	Наименование ресурса	Электронный адрес
1.	Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации	http://www.rosminzdrav.ru
2.	Глобальный веб-сайт Всемирной организации здравоохранения	http://www.who.int/ru
3.	Электронная версия МКБ-10	http://www.mkb10.ru
4.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России	http://www.cr.minzdrav.gov.ru
5.	Официальный сайт Департамента здравоохранения города Москвы	http://www.mosgorzdrav.ru
6.	Официальный сайт Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения	http://www.roszdravnadzor.ru
7.	Портал непрерывного медицинского и	https://edu.rosminzdrav.ru/

	фармацевтического образования Минздрава России	
8.	Методический центр аккредитации специалистов Минздрава России	https://fmza.ru/fos_primary_specialized/Psihiatriya-narkologiya/
9.	Медицинская поисковая система для специалистов	http://www.medinfo
10.	Информационный ресурс для врачей	http://doctorinfo.ru
11.	Официальный сайт НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента	https://niioz.ru
12.	Центральная научная медицинская библиотека	http://www.scsml.rssi.ru
13.	Государственная публичная научно-техническая библиотека СО РАН	http://www.spst.nsc.ru
14.	Официальный сайт Европейского общества гастроинтестинальной эндоскопии	http://www.esge.com
15.	Официальный сайт российского эндоскопического общества	http://www.roendo.ru
16.	Образовательный портал для врачей-эндоскопистов	https://endoexpert.ru
17.	Образовательный портал для врачей-эндоскопистов	http://www.endoscopy.ru
18.	Российская государственная библиотека (РГБ)	www.rsl.ru
19.	Издательство РАМН (книги по всем отраслям медицины):	www.iramn.ru
20.	Официальный сайт Первого медицинского канала	https://1med.tv/
21.	Официальный сайт Центрального научно-исследовательского института организаций и информатизации здравоохранения	https://mednet.ru/
22.	Российский Медицинский Информационный ресурс	http://www.rosmedic.ru
23.	Официальный канал НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента	https://www.youtube.com/channel/UCQN9mc_OvkWdrZfdynRViTA
24.	Портал для медицинских работников.	medvestnik.ru

3.3. Кадровые условия

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры гастроэнтерологии факультета дополнительного профессионального образования ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальности «Эндоскопия», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 80 процентов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 80 процентов.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100 процентов.

3.4. Организация образовательного процесса

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, семинар, практическое занятие, симуляционное обучение, стажировка.

1. Лекции проводятся без ДОТ и ЭО, очно.
2. Семинары проводятся:
 - частично очно без ДОТ и ЭО в виде дискуссии, чтения первоисточников с комментариями слушателей и пояснениями педагога, ситуационного анализа, ответов на вопросы, круглого стола или конференции с использованием мультимедийных устройств и учебно-методической литературы;
 - частично очно с ДОТ и ЭО, синхронно в виде итогового тестирования в АС ДПО под административным контролем куратора группы.
3. Практические занятия проводятся очно в виде отработки практических навыков применения современных методов эндоскопической диагностики и лечения ЖКТ, органов грудной и брюшной полостей.
 - Симуляционное обучение на клинической базе кафедры с использованием симуляционного тренажёра-манекена направлено на отработку практических навыков проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации.
 - Стажировка проводится на клинической базе кафедры направлена на изучение современных эндоскопических методов лечения ЖКТ и органов брюшной полости, отработку практических навыков применения методов лечебной и оперативной эндоскопии.

3.5. Автоматизированная система АС ДПО

Обучающиеся в течение всего периода обучения обеспечиваются до-

ступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО).

В АС ДПО размещены контрольно-измерительные материалы, клинические рекомендации и нормативные документы.

После внесения данных обучающегося в систему дистанционного обучения слушатель получает идентификатор – логин и пароль, что позволяет ему входить в систему ДОТ и ЭО под собственными идентификационными данными.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа, обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

Паспорт программы

№	Название параметра Паспорта	
1.	Название программы	«Детская хирургия»
2.	Трудоемкость	144 ак. ч.
3.	Дата утверждения программы образовательной организацией	24.11.2021г.
4.	Специальность	«Детская хирургия»
4.1.	Дополнительные специальности	нет
5.	По всем разделам (да/нет)	Да
6.	Год разработки программы	2021
7.	Форма обучения	очная
7.1.	Объем заочной части	-
8.	Аннотация	<p>Изучение этиопатогенеза хирургических болезней детского возраста, пороков развития современной классификации, клиническую симптоматику основных хирургических заболеваний детского возраста, их диагностику</p> <p>-принципов медикаментозного лечения, применяемых при основных хирургических заболеваниях детского возраста</p> <p>- принципов хирургического лечения при хирургической патологии различных периодов детства в т ч периода новорожденности</p> <p>- отработку практических навыков: методики осмотра и обследования пациентов, проведение диагностических манипуляций, как на уровне консультативного центра, так и стационара, знакомство с современными методами диагностики, включая КТ, радиоизотопные методики, эндоскопические методы</p> <p>- изучение устройства эндоскопического оборудования, освоение работы на них, разработка лечебно-диагностической тактики ведения хирургических больных детского возраста</p> <p>Программа структурирована по модульному принципу и состоит из 6 модулей, в которых изложена организационная основа работы врача-детского хирурга, теоретические основы и практические знания, методы, совершенствование имеющихся профессиональных компетенций, в области хирургических болезней детского возраста.</p> <p>Освоение Программы завершается итоговой аттестацией обучающихся в форме экзамена, который проводится посредством тестирования и подготовки презентации по предложенной теме.</p> <p>Занятия ведут высококвалифицированные преподаватели кафедры детской хирургии ПФ ФДПО</p>

№	Название параметра Паспорта	
		РНИМУ им. Н.И. Пирогова, имеющие большой клинический опыт и системные научные знания.
9.	Планируемые результаты обучения	В результате освоения программы обучающийся совершенствует следующие ПК: готовность к проведению медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза; готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи; готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих , а так же к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками; готовность к оказанию медицинской помощи в экстренной форме;
10.	В программе используются следующие виды учебных занятий	Лекции, семинары, практические занятия
11.	Получение новой компетенции	Нет
11.1.	Описание новой компетенции	-
12.	Структурное подразделение	Кафедра детской хирургии педиатрического факультета ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России.
13.	Симуляционное обучение	да
13.1.	Включает симуляционное обучение	да
13.2.	Объем симуляционного обучения, ЗЕТ	4
13.3.	С применением симуляционного оборудования	<i>Симуляционный тренажер-маникен</i>
13.4.	Задача, описание симуляционного обучения	Симуляционное обучение реализуется на клинической базе кафедры с использованием симуляционного тренажёра-манекена и направлено на отработку практических навыков проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации.
14.	Стажировка	да
14.1.	Включает стажировку	да
14.2.	Объем стажировки, ЗЕТ	14 акад. часов
14.3.	Задача, описание стажировки	стажировка носит групповой характер и предусматривать следующие виды деятельности: изучение совре-

№	Название параметра Паспорта	
		менных эндохирургических методов лечения хирургических заболеваний детского возраста, отработка практических навыков применения методов диагностики и лечения
14.4.	Место проведения стажировки	ДГКБ им. Н.Ф. Филатова
14.5.	Руководитель/куратор	Аль-Машат Н.А.
15.	Дистанционные образовательные технологии и электронное обучение (ДОТ и ЭО)	
15.1.	Включает ДОТ	нет
15.2.	Трудоемкость ДОТ, ЗЕТ	нет.
15.3.	Используемые виды синхронного обучения (очная форма)	нет
15.4.	Дополнительные сведения о синхронном обучении	нет
15.5.	Используемые виды асинхронного обучения (заочная форма)	-нет
15.6.	Дополнительные сведения об асинхронном обучении	-нет
15.7.	Интернет-ссылка на вход в систему дистанционного обучения (СДО)	https://fdpo.rsmu.ru
16.	Сетевая форма реализации	-
16.1.	Реализуется в сетевой форме	нет
16.2.	Количество участников (указать в единицах включая собственную)	-
16.3.	Перечень других образовательных организаций, участвующих в сетевой форме реализации (в том числе в справочнике не найденных)	-
17.	Основа обучения	
17.1.	Бюджетная	Да
17.2.	Договорная	Да
17.3.	Договорная (за счет	Да

№	Название параметра Паспорта	
	средств ТФОМС)	
18.	Стоимость обучения	
18.1.	стоимость обучения одного слушателя за счет внебюджетных средств	23000 руб.
18.2.	стоимость обучения одного слушателя за счет средств нормированного страхового запаса территориального фонда обязательного медицинского страхования	23000 руб.
19.	Включает выездное обучение	Нет

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1	Кафедра	Детская хирургия
2	Факультет	Педиатрический
3	Адрес (база)	Садовая-Кудринская, д.15
4	Зав.кафедрой	Разумовский Александр Юрьевич
5	Ответственный составитель	Аль-Машат Н.А.
6	E-mail	namiralmashat@mail.ru
7	Моб. телефон	+7 (916) 652-21-82
8	Кабинет №	301
9	Учебная дисциплина	Детская хирургия
10	Учебный предмет	Детская хирургия
11	Учебный год со-ставления	2021
12	Специальность	Детская хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Детская хирургия
15	Тема	Детская хирургия
16	Подтема	
17	Количество во-просов	250
	Количество ситуационных задач	25
18	Тип вопроса	single
16	Подтема	
17		
18	Тип вопроса	multiple
19	Источник	-

1. Фонд тестовых заданий

к дополнительной профессиональной образовательной программе повышения квалификации врачей «Детская хирургия» трудоемкостью 144 академических часов по специальности «детский хирург».

Список тестовых заданий

1		Границей между этажами брюшной полости считается:	
		горизонтальная плоскость, проведенная через верхние подвздошные ости	
		горизонтальная плоскость, проведенная через нижний край реберных дуг	
	*	поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка	
		брыжейка терминального отдела подвздошной кишки	
2		Правый латеральный канал это:	
		вся правая половина брюшной полости	
	*	пространство между восходящей ободочной кишкой и боковой стенки живота	
		пространство между брыжейками восходящей и поперечной ободочной кишки	
		все отделы брюшной полости справа от нисходящей ободочной кишки	
3		Передней стенкой сальниковой сумки является:	
		большой сальник	
		брыжейка поперечно-ободочной кишки	
		передняя брюшная стенка	
	*	задняя стенка желудка	
4		Наиболее частой причиной развития острого живота у детей старше 1 года является:	
		острый панкреатит	
	*	острый аппендицит	
		острый холецистит	
		перфорация язвы желудка	
5		Защитное мышечное напряжение характерно для:	
	*	перитонита	
		отечной формы панкреатита	
		инвагинации кишечника	
		желудочного кровотечения	

6		Наиболее типичное расположение червеобразного отростка:	
		срединное	
		в малом тазу	
	*	в правой подвздошной ямке	
		под печенью	
7		По отношению к брюшине чаще всего червеобразный отросток расположен:	
	*	интраперитонеально	
		мезоперитонеально	
		экстраперитонеально	
		ретроцекально	
8		К недеструктивным формам острого аппендицита относят:	
		флегмонозный аппендицит	
	*	катаральный аппендицит	
		гангренозный аппендицит	
		перфоративный аппендицит	
9		Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:	
		с серозного покрова червеобразного отростка	
	*	со слизистой червеобразного отростка	
		с мышечного слоя червеобразного отростка	
		с купола слепой кишки	
10		К морфологическим формам аппендицита относят:	
		острый аппендицит	
		хронический аппендицит	
	*	катаральный аппендицит	
		аппендикулярный абсцесс	
11		Отек верхушки червеобразного отростка и гиперемия серозной оболочки характерны для:	

	*	катарального аппендицита		
		флегмонозного аппендицита		
		гангренозного аппендицита		
		гангренозно-перфоративного аппендицита		
12		Резкое утолщение и напряжение червеобразного отростка, наличие фибринозных наложений на серозной оболочке и выпота в брюшной полости характерно для:		
		катарального аппендицита		
	*	флегмонозного аппендицита		
		гангренозного аппендицита		
		гангренозно-перфоративного аппендицита		
13		Резкий отек, гиперемия червеобразного отростка с участками некроза грязно-серого цвета, наложениями фибрина на нем характерно:		
		катарального аппендицита		
		флегмонозного аппендицита		
	*	гангренозного аппендицита		
		гангренозно-перфоративного аппендицита		
14		Эмпиемой червеобразного отростка называется:		
	*	скопление гноя в замкнутой полости отростка		
		скопление серозного экссудата		
		прорыв гноя в брюшную полость		
		пропитывание стенки отростка гноем		
15		Причиной гангренозного аппендицита является:		
		обтурация просвета отростка		
	*	тромбоз сосудов брыжейки отростка		
		наличие камней в просвете отростка		
		нарушение моторики отростка		
16		Первично гангренозный аппендицит характеризуется:		
		развитием гангрены вследствие деструкции стенки червеоб-		

		разного отростка		
	*	первичной ишемией стенки червеобразного отростка		
		бактериальной эмболией сосудов червеобразного отростка		
		преобладанием спорообразующих анаэробов		
17		Перфорация червеобразного отростка может быть вызвана:		
		травматизацией стенки отростка каловым камнем		
		расплавлением стенки отростка гноем		
		некрозом стенки отростка		
	*	расплавлением стенки отростка гноем и некрозом его стенки		
18		Гистологические изменения стенки червеобразного отростка при перфоративном аппендиците соответствуют таковым при:		
		гангренозном		
		флегмонозном		
		катаральном		
	*	гангренозном и флегмонозном		
19		Аппендикулярный инфильтрат это:		
		инфилтрат всех слоев стенки отростка		
		инфилтрация брюшины		
		забрюшинная флегмона в стадии инфильтрата		
	*	конгломерат органов брюшной полости, образовавшийся вокруг червеобразного отростка		
20		При невозможности дифференцировать острый аппендицит и острый аднексит необходимо выполнить:		
		срединную лапаротомию		
		лапаротомию разрезом по Пфаненштилю		
		лапаротомию разрезом в правой подвздошной области		
	*	лапароскопию		
21		Уточнить диагноз у больного с сахарным диабетом при неясной картине острого аппендицита позволяет:		

		наблюдение	
	*	УЗИ органов брюшной полости	
		лапаротомия в правой подвздошной области	
		срединная лапаротомия	
22		Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:	
		разлитой перитонит	
		геморрагический диатез	
		острое инфекционное заболевание	
	*	плотный аппендикулярный инфильтрат	
23		При выполнении традиционной аппендэктомии используют:	
	*	лапаротомию по Волковичу-Дьяконову	
		верхнесрединную лапаротомию	
		нижнесрединную лапаротомию	
		поперечную лапаротомию в надлобковой области	
24		Ретроградная аппендэктомия показана при:	
	*	невозможности выведения в рану верхушка отростка	
		перитоните	
		длинном отростке	
		аппендикулярном инфильтрате	
25		При лапароскопической аппендэктомии культию червеобразного отростка:	
		погружают кисетным швом	
		погружают Z-образным швом	
		погружают кисетным и Z-образными швами	
	*	не погружают	
26		Во время операции обнаружен гангренозный аппендицит; выпот прозрачный, около отростка небольшие фибринозные наложения, инфильтрация тканей; произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:	
	*	аспирация выпота	

		резиновый выпускник	
		марлевый тампон	
		промывание брюшной полости	
27		Особенности, предрасполагающие к распространению перитонита у детей:	
	*	недоразвитие сальника	
		особенности возбудителя	
		малый объем брюшной полости	
		сниженная реактивность	
28		Аппендикулярный абсцесс является:	
	*	местным ограниченным перитонитом	
		местным неограниченным перитонитом	
		распространённым ограниченным перитонитом	
		распространённым неограниченным перитонитом	
29		Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Дальнейшая тактика:	
	*	удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса	
		отграничение инфильтрата тампонами и ушивание брюшной полости	
		дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом	
		лапаротомия, дренирование полости абсцесса	
30		Симптом, наиболее характерный для тяжелых форм перитонита:	
		Щеткина-Блюмберга	
	*	отсутствие перистальтики кишечника	
		отсутствие мочеиспускания	
		затруднение отхождения стула и газов	
31		Из симптомов запущенного перитонита самым патогномоничным является:	

		тахикардия		
	*	гипотония		
		одышка		
		притупление в отлогих местах живота		
32		Эвентрация – это:		
		воспаление брюшины		
		ущемление кишечника в спайках		
	*	выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку		
		выделение кишечного содержимого из раны		
33		Инфицирование брюшной полости при криптогенном перитоните происходит:		
		гематогенным путем		
		лимфогенным путем		
		контактным путем		
	*	через половые пути		
34		Криптогенный перитонит чаще всего возникает у:		
	*	девочек 3 – 7 лет		
		девочек старше 12 лет		
		мальчиков до 1 года		
		мальчиков старше 14 лет		
35		При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:		
		лапароцентез		
	*	лапароскопию		
		лапаротомию		
		антибактериальную терапию		
36		Продолжительность антибактериальной терапии при неосложненных формах аппендицита:		
		24 часа		

		48 часов		
	*	72 часа		
		5 суток и более		
37		Продолжительность антибактериальной терапии при осложненных формах аппендицита:		
		24 часа		
		48 часов		
		72 часа		
	*	5 суток и более		
38		Дивертикул Меккеля представляет собой:		
		остаток незаращенного мочевого протока		
	*	остаток незаращенного желточного протока		
		остаток незаращенного мюллерова протока		
		дегенеративный процесс в стенке кишки		
39		Дивертикул Меккеля располагается:		
		на проксимальном участке тонкой кишки		
	*	на дистальном участке подвздошной кишки		
		на восходящей ободочной кишки		
		на поперечной ободочной кишке		
40		Причиной кровотечения из сосудов дивертикула Меккеля чаще всего является:		
		аррозия стенки сосудов при воспалении		
		травма стенки сосуда инородным телом		
	*	эктопия ткани поджелудочной железы		
		тромбоз сосудов брыжейки		
41		Диагноз дивертикула Меккеля окончательно устанавливается при:		
	*	лапароскопии		
		ультразвуковом исследовании		
		компьютерной томографии		

		сцинтиграфии	
42		Самым частым осложнением дивертикула Меккеля является:	
		дивертикулит	
		кишечная непроходимость	
		малигнизация	
	*	кровотечение	
43		Ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже называется грыжей:	
	*	Литтре	
		Рихтера	
		Спигели	
		Морганьи	
44		У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный дивертикул Меккеля. Наиболее целесообразно:	
	*	удаление дивертикула	
		оставление дивертикула	
		плановое удаление дивертикула через 2 – 3 месяца	
		на усмотрение хирурга	
45		Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный дивертикул Меккеля. Рациональное действие хирурга включает:	
		удаление дивертикула	
		оставление дивертикула	
	*	плановое удаление дивертикула через 2 – 3 месяца	
		на усмотрение хирурга	
46		При деструктивно измененном дивертикуле Меккеля, если основание его инфильтрировано, целесообразна:	
		клиновидная резекция	
		резекция под углом 45°	

	*	резекция кишки с анастомозом конец в конец		
		резекция кишки, анастомоз бок в бок		
47		Общими противопоказаниями к лапароскопии по поводу острых заболеваний брюшной полости, угрожающих жизни больного, являются:		
	*	крайне тяжелое состояние больного		
		нарушение свертывающей системы крови		
		полостная операция в анамнезе		
		желтуха неясного генеза		
48		Ревизию органов брюшной полости начинают с осмотра:		
		правой подвздошной области и далее по часовой стрелке		
	*	правого верхнего квадранта живота и далее по часовой стрелке		
		с места расположения предполагаемого патологического очага		
		левой подвздошной области и далее по часовой стрелке		
49		Для наложения пневмoperitoneума лучше использовать:		
		воздух		
		кислород		
		закись азота		
	*	углекислый газ		

50		Максимальное давление углекислого газа при проведении лапароскопии у детей первого года жизни:	
		5 мм рт. ст.	
		10 мм рт. ст.	
	*	12 мм рт. ст.	
		15 мм рт. ст.	
51		Для комы характерно	
		глубокое угнетение сознания	
		повышенная сонливость	
	*	отсутствие сознания	
		дезориентированность в пространстве	
52		К формам нарушения сознания относятся	
	*	сомнолентность, сопор, кома	
		преагония, агония, кома	
		преагония, сопор, кома	
		сомнолентность, сопор, агония	
53		Причиной развития комы у новорожденного может стать	
		кровоизлияние в надпочечники	
	*	внутрижелудочковое кровоизлияние 3-4 степени	
		подкапсульная гематома печени	
		геморрагическая болезнь новорожденного	
54		Причиной развития комы у подростка может стать	
	*	экзогенное отравление	
		острый гломерулонефрит	
		вирусный гепатит	

		бактериальный эндокардит	
55		Для дыхания Чейна-Стокса характерно	
		частое поверхностное дыхание в течение всего времени	
		редкое глубокое шумное дыхание в течение всего времени	
		частое глубокое с постепенным урежением и повтором цикла	
	*	редкое поверхностное с постепенным учащением и углублением, периодом апноэ и повтором цикла	
56		Дыхание Чейна-Стокса является проявлением	
		кетоацидотической комы	
		гипогликемической комы	
	*	комы при черепно-мозговой травме	
		уре米ческой комы	
57		Для дыхания Куссмауля характерно	
		поверхностное частое дыхание	
		глубокое частое дыхание с периодической задержкой	
		глубокое редкое дыхание	
	*	редкое дыхание с глубоким шумным вдохом и усиленным выдохом	
58		Дыхание Куссмауля является проявлением	
		уре米ческой комы	
		гипогликемической комы	
		печеночной комы	
	*	кетоацидотической комы	
59		Шкала оценки тяжести комы Глазго включает	
		реакцию зрачков на свет, околовестибулярный рефлекс, ро-	

		головичный рефлекс		
		движение глазных яблок, реакцию зрачков на свет, роговичный рефлекс		
	*	движение глазных яблок, реакцию на словесное обращение, двигательную реакцию		
		движение глазных яблок, окуловестибулярный рефлекс, дыхание		
60		К симптомам I степени (легкая кома) относится		
		отсутствие реакции на любые раздражители		
	*	стон и мимическая реакция на сильные болевые раздражители		
		отсутствие реакции на болевые раздражители		
		реакция на болевые раздражители сохранена		
61		К симптомам II степени (выраженная кома) относится		
	*	децеребрационное положение		
		декортикационное положение		
		мышечная атония		
		тризм жевательной мускулатуры		
62		К симптомам III степени (глубокая кома) относится		
	*	зрачки расширены		
		зрачки сужены		
		реакция на свет присутствует		
		зрачки точечные		
63		Гиперлактатацидемическую кому позволяет заподозрить		
		pH крови менее 7,1		
	*	лактат крови более 10		
		осмолярность крови более 320 мосмоль/л		

		глюкоза крови более 25 ммоль/л	
64		Сопутствующими симптомами гипогликемической комы являются	
		сухость кожных покровов	
		влажность кожных покровов	
	*	профузный пот	
		повышение артериального давления	
65		Терапия гипогликемической комы включает	
		внутривенное введение 10 мл. раствора 5% глюкозы	
		внутривенное введение 20-40 мл. раствора 10% глюкозы	
		внутривенное введение 20-40 мл. раствора 20% глюкозы	
	*	внутривенное введение 20-40 мл. раствора 20%-40% глюкозы	
66		Наличие кетоновых тел в моче является симптомом	
		гипогликемической комы	
	*	кетоацидотической комы	
		гиперлактатацидемической комы	
		гипогликемической комы	
67		Доза инсулина при лечении кетоацидотической комы составляет	
	*	0,1 Ед/кг/час	
		0,2 Ед/кг/час	
		0,3 Ед/кг/час	
		0,5 Ед/кг/час	
68		Побочное действие бикарбоната натрия при его использовании для лечения кетоацидоза	

		гиперкалиемия	
		гипермагниемия	
*		гипокалиемия	
		гипомагниемия	
69		Бикарбонат при лечении кетоацидотической комы	
		показан при рН менее 7,35	
		показан при рН менее 7,2	
		показан при рН менее 7,0	
*		противопоказан	
70		Цитотоксический механизм отека головного мозга включает	
		повышение гидростатического давления в капиллярах	
		затруднение венозного оттока крови от головного мозга	
*		нарушение транспорта ионов через клеточные мембранны	
		нарушение осмотического градиента между осмолярностью ткани головного мозга и осмолярностью крови	
71		Причиной осмотического отека головного мозга является	
		отравление прижигающими ядами	
		черепно-мозговая травма	
*		гипергликемия	
		сдавление крупных венозных стволов опухолью	
72		Противопоказанием к применению маннитола является	
		гипокальциемия	
*		гипокалиемия	
		гемолиз	
		внутричерепная гипертензия	
73		Разовая доза маннитола, применяемая для терапии отека	

		мозга составляет		
	*	0,5-1,5 г/кг		
		1,0-2,0 г/кг		
		2,0-2,5 г/кг		
		2,5-3,0 г/кг		
74		Показанием для проведения цереброспинальной (люмбальной) пункции является		
		подозрение на черепно-мозговую травму		
	*	подозрение на нейроинфекцию		
		подозрение на опухоль головного мозга		
		подозрение на внутрижелудочковое кровоизлияние		
75		Противопоказанием для проведения цереброспинальной (люмбальной) пункции является		
		субарахноидальное кровоизлияние		
		уровень тромбоцитов менее 200x109 /л		
	*	выраженный отек головного мозга		
		положительный симптом Кернига		
76		Вентиляционная дыхательная недостаточность в первую очередь характеризуется		
		метаболическим ацидозом		
		снижением PaO2 артериальной крови		
		снижением PaCO2 артериальной крови		
	*	повышением PaCO2 артериальной крови		
77		Гипоксемическая дыхательная недостаточность в первую очередь характеризуется		

		респираторным ацидозм		
	*	снижением PaO ₂ артериальной крови		
		снижением PaCO ₂ артериальной крови		
		повышением PaCO ₂ артериальной крови		
78		Вентиляционно-перфузионные отношения (V/Q) (соотношение объема вентиляции (V) к объему кровотока в легких (Q)) в норме составляет		
		1,0		
	*	0,8		
		0,6		
		0,1		
79		Увеличение соотношения объема вентиляции (V) к объему кровотока в легких (Q) увеличивается при		
	*	тромбоэмболии легочной артерии		
		ателектазе легких		
		пневмонии		
		мекониальной аспирации		
80		Уменьшение соотношения объема вентиляции (V) к объему кровотока в легких (Q) увеличивается при		
	*	ателектазе легких		
		тромбоэмболии легочной артерии		
		перевязке легочной артерии		
		гипервентиляции		
81		Респираторный алкалоз сопровождается		
		гиперемией кожных покровов		
		повышением внутричерепного давления		
	*	спазмом периферических сосудов		

		гипокалиемией		
82		Физиологическое мертвое пространство увеличивается при использовании положительного давления в конце выдоха (PEEP)		
		ателектазе легких		
		гиперволемии		
		неинвазивной искусственной вентиляции легких		
83		Анатомическое мертвое пространство составляют носоглотка, трахея, бронхи, бронхиолы		
		носоглотка, трахея, бронхи		
	*	носоглотка, трахея, бронхи, бронхиолы		
		носоглотка, трахея		
84		Величина анатомического мертвого пространства дыхательных путей равна		
		5 мл/кг		
		4 мл/кг		
		3 мл/кг		
	*	2 мл/кг		
85		Наиболее эффективный способ санации трахеобронхиального дерева является		
		перкуссионный массаж		
		постуральный дренаж		
	*	санационная трахеобронхоскопия		
		аэрозольная терапия		
86		Наиболее эффективным методом искусственной вентиляции легких при тяжелой мекониальной аспирации является		

		неинвазивная ИВЛ	
	*	высокочастотная осцилляторная ИВЛ	
		ИВЛ с управляемым объемом	
		ИВЛ с управляемым давлением	
87		При напряженном пневмотораксе плевральная пункция выполняется	
	*	в третьем межреберье по передней подмышечной линии	
		в четвертом межреберье по передней подмышечной линии	
		в третьем межреберье по среднеключичной линии	
		в четвертом межреберье по среднеключичной линии линии	
88		Для стенозирующего ларинготрахеита I степени характерно	
	*	осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель, стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры при нагрузке	
		сухой приступообразный кашель	
		стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое	
		боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника	
89		Для стенозирующего ларинготрахеита II степени характерно	
		аритмичное или парадоксальное дыхание, брадикардия, снижение артериального кровяного давления, остановка дыхания или сердечной деятельности	
		только осиплость голоса вплоть до афонии, лающий кашель	
	*	стридор, слышимый на расстоянии, инспираторная одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое	
		боль при глотании, дисфагия, выраженная интоксикация, темно-вишневая инфильтрация надгортанника	

90		У новорожденного доношенного ребенка для интубации трахеи применяется интубационная трубка с внутренним диаметром, мм	
		2,0 – 2,5	
		2,5-3,0	
	*	3,0-3,5	
		3,5-4,0	
91		У новорожденного доношенного ребенка первых суток жизни парциальное давление кислорода в артериальной крови (PaO_2) должно быть, мм.рт.ст.	
		90-100	
		80-90	
	*	70-80	
		60-70	
92		У новорожденного доношенного ребенка первых суток жизни парциальное давление углекислого газа в артериальной крови (PaCO_2) должно быть, мм.рт.ст.	
		23-32	
	*	35-45	
		40-50	
		45-55	
93		При рентгеннегативном инородном теле основным рентгенологическим признаком наличия инородного тела в дыхательных путях является	
		повышенная прозрачность легочного поля на стороне поражения	
		повышенная прозрачность обоих легочных полей	
	*	затенение на стороне поражения (ателектаз)	
		смещение средостения в здоровую сторону	

94		Вентиляционную обструктивную дыхательную недостаточность вызывает	
		гидроторакс	
	*	врожденный стеноз трахеи	
		врожденная диафрагмальная грыжа	
		отек легких	
95		Вентиляционную рестриктивную дыхательную недостаточность вызывает	
		инородное тело дыхательных путей	
		муковисцидоз	
	*	гидроторакс	
		стенозирующий ларинготрахеит	
96		Гипоксической дыхательной недостаточностью сопровождается	
		двухсторонняя пневмония	
	*	ателектаз легкого	
		бронхиальная астма	
		бронхо-легочная дисплазия	
97		Смешанная дыхательная недостаточность характерна для	
	*	врожденной диафрагмальной грыжи	
		пневмоторакса	
		бронхэкстазической болезни	
		стенозирующего ларинготрахеита	
98		При рождении ребенка с врожденной диафрагмальной грыжей показано	
	*	интубация трахеи и перевод на ИВЛ	

		проведение ручной масочной ИВЛ	
		проведение неинвазивного СРАР	
		оксигенотерапия через назальные канюли	
99		У ребенка с частотой дыхания более 60 в минуту показан перевод на ИВЛ при	
		PaO ₂ <70 мм.рт.ст. при FiO ₂ 0,5-0,6	
	*	PaO ₂ <50 мм.рт.ст. при FiO ₂ 0,8-1,0	
		PaCO ₂ >35 мм.рт.ст.	
		PaCO ₂ >45 мм.рт.ст.	
100		Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса у подростков является	
		эхинококкоз легких	
		бронхиальная астма	
		пневмоцистная пневмония	
	*	эмфизема легкого (буллезная болезнь легкого)	
101		Наличие ниже паховой связки округлого, болезненного при пальпации образования, с гиперемией кожи, подъемом температуры, характерно для:	
		пахово-мошоночной грыжи	
		кисты семенного канатика	
		водянки оболочек яичек	
	*	лимфаденита	
102		Наличие в паховой области образования плотноэластичной консистенции, малоподвижного, б/болезненного при пальпации, при отсутствии яичка в мошонке характерно для:	
		пахово-мошоночной грыжи	

		кисты семенного канатика	
		водянки оболочек яичка	
	*	крипторхизма, паховой формы	
103		Водянка оболочек яичка у детей до 3 лет связана с	
	*	необлитерированным вагинальным отростком брюшины	
		гиперпродукцией водяной жидкости	
		нарушением лимфооттока	
		слабостью передней брюшной стенки	
104		Паховая грыжа у детей до 3 лет связана с	
	*	необлитерированным вагинальным отростком брюшины	
		гиперпродукцией водяночной жидкости	
		слабостью передней брюшной стенки	
		повышенной физической нагрузкой	
105		клапан задней уретры достоверно устанавливается С ПОМОЩЬЮ	
		инфузионной урографией	
		исследованием с ЭОП на фоне экскреторной урографии	
	*	микционной цистоуретрографии	
		цистометрии	
106		Затрудненное мочеиспускание тонкой струей характерно для	
		экстрофии мочевого пузыря	
	*	клапана задней уретры	
		нейрогенного мочевого пузыря	
		гипоспадии	
107		Затрудненное мочеиспускание узкой струей через неболь-	

		шое наружное отверстие мочеиспускательного канала, открывающееся на месте уздечки полового члена характерно для	
	*	меатального стеноза	
		рубцового фимоза	
		эктрофии мочевого пузыря	
		клапана задней уретры	
108		Затрудненные частые, малыми порциями мочеиспускания при нормальном строении меатального отверстия и крайней плоти могут быть при:	
		меатальном стенозе	
		рубцовом фимозе	
		эктрофии мочевого пузыря	
	*	нейрогенном мочевом пузыре	
109		Дегенеративные процессы в неопущенных яичках отчётливо прослеживаются:	
		С периода новорожденности	
	*	С 2 лет	
		С 6 лет	
		С 12 лет	
110		Скрытым половым членом считают	
	*	половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки	
		половой член с недоразвитыми кавернозными телами	
		половой член малых размеров	
		микрофаллус с дисгенезией гонад	
111		Причиной скрытого полового члена считают	
		ожирение	

		малые размеры кавернозных тел		
		гипертрофия крайней плоти		
	*	дисгенетические изменения поддерживающей и пеноабдоминальной связки		
112		Семявыносящий проток		
		Имеет 2 стенки		
	*	Имеет 3 стенки		
		Имеет 4 стенки		
		Имеет 1 стенку		
113		Семявыносящий проток		
		Имеет 2 стенки		
	*	Имеет 3 стенки		
		Имеет 4 стенки		
		Имеет 5 стенок		
114		Мне известны:		
		2 физиологических сужения уретры		
	*	3 физиологических сужения уретры		
		4 физиологических сужения уретры		
		5 физиологических сужения уретры		
115		Предстательная железа состоит из:		
		Одной доли		
	*	Двух долей		
		Трех долей		
		Четырех долей		
116		Масса почки у новорожденного		
	*	12 г		

		22 г	
		32 г	
		42 г	
117		Почки расположены	
		в верхнем этаже брюшной полости	
		в среднем этаже брюшной полости	
	*	забрюшинно	
		в малом тазу	
118		К воротам селезенки обращен	
	*	верхний полюс левой почки	
		нижний полюс левой почки	
		ворота левой почки	
		верхний полюс правой почки	
119		Сужений у мочеточника:	
		Два	
	*	Три	
		Четыре	
		Пять	
120		Количество первичной мочи в сутки	
	*	100 л	
		500 л	
		700 л	
		1000 л	
121		У детей первых лет жизни мочевой пузырь	
		Веретенообразный	
		Яйцевидный	

		Округлый	
	*	Грушевидный	
122		Вместимость мочевого пузыря новорожденных равна	
		10 мл мочи	
		20 - 30 мл	
		40-50 мл	
	*	50-80 мл	
123		К какому возрасту ребенка яички должны оказаться в мо-шонке	
	*	К моменту рождения	
		К одному месяцу	
		Не позднее 1 года	
		К 5 годам	
124		Клетки Лейдига находятся В:	
		Гипофизе	
	*	Яичке	
		Яичнике	
		Эпидидимисе	
125		Начальная часть семявыносящего протока называется	
	*	Яичковая	
		Канатиковая	
		Паховая	
		Тазовая	
126		Семенной пузырек располагается	
		Медиально от ампулы семявыносящего протока	
	*	Сверху от предстательной железы	

		Ниже бульбоуретральных желез	
		Латерально перепончатой части мочеиспускательного канала	
127		Редкие мочеиспускания, большим объемом, частичное неудержание мочи характерно для:	
		неосложненного гиперактивного мочевого пузыря	
	*	гипорефлекторного мочевого пузыря	
		гидронефроза	
		инфекции мочевых путей	
128		При осложненном гиперактивном мочевом пузыре характерно:	
		учащенное мочеиспускание малыми порциями	
		лейкоцитурия	
		расширение коллекторной системы почек	
	*	все ответы верны	
129		Наиболее частой причиной недержания мочи у детей является мочевой	
		гиперрефлекторный адаптированный	
		гипорефлекторный неадаптированный	
	*	гиперрефлекторный неадаптированный	
		гипорефлекторный адаптированный	
130		Основными методами диагностики гидронефроза являются:	
	*	ультразвуковое сканирование	
		цистография	
		томография	
		почечная ангиография	

131		Для подтверждения диагноза врожденного гидронефроза ребенку 7 дней показано:		
	*	УЗИ почек, мочеточников и мочевого пузыря, внутривенная урография		
		Ангиография, цистоскопия		
		Радиоизотоное исследование, УЗИ		
		Урофлюметрия		
132		Функциональное состояние почек можно оценить с помощью		
		допплерографии		
	*	изотопной ренографии		
		компьютерной томографии		
		МРТ		
133		Ультразвуковая диагностика подковообразной почки возможна		
	*	во всех случаях		
		не возможна, только диагностика с помощью компьютерной томографии		
		только при наличии уростаза		
		только при присоединении нефрокальциноза		
134		Лучше выявлять подковообразную почку с помощью		
	*	компьютерной томографии		
		эксcretорной урографии		
		селективная ангиография		
		радиоизотопного исследования		
135		ПЕРВИЧНО В КРОВЬ ПЛОДА ИМ ВЫДЕЛЯЕТСЯ		
	*	а) Проопиомеланокортин		

		b) Окситоцин		
		c) Пролактин		
		d) Соматотропин		
136		ГОРМОНЫ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПРОЦЕССЕ ОПУСКАНИЯ ЯИЧКА, ПРЕДСТАВЛЕНЫ СЛЕДУЮЩИМИ НАИМЕНОВАНИЯМИ:		
		a) Тестостерон		
		b) Хорионический гонадотропин		
		c) Плацентарный лактоген		
		d) Фактор ингибирования мюллеровых протоков		
	*	e) Лютеотропин		
		f) Фоллитропин		
137		НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КИСТЫ ЭЛЕМЕНТОВ СЕМЕННОГО КАНАТИКА ЯВЛЯЕТСЯ:		
		a) гормональный дисбаланс		
		b) ангиодисплазия		
	*	c) незаращение вагинального отростка брюшины		
		d) специфический процесс		
		e) патология мочевыделительной системы		
138		ПОЛНАЯ ОБЛИТЕРАЦИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ОТРОСТКА БРЮШИНЫ ЗАКАНЧИВАЕТСЯ:		
		a) к 28-32-й неделям внутриутробной жизни		
		b) к рождению		
	*	c) к 1-му году		
		d) к 2-3-м годам		
		e) сразу после рождения		
139		На каком сроке запускается половая дифференцировка		
		С момента зачатия		

		С 4 недели эмбриогенеза	
		С момента планирования беременности	
		С 12 недели внутриутробного развития	
140		У ДИСТОПИРОВАННОЙ ПОЧКИ:	
	*	a) Короткий мочеточник, сосуды отходят от крупных стволов на уровне почки	
		b) Длинный мочеточник, сосуды отходят на уровне L1-L2	
	*	c) Имеется разворот осей почки и ее ротация	
		d) Имеется сращение почки нижним полюсом с контрлатеральной почкой	
141		ДОСТОВЕРНЫЙ ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ ПРИ УЗИ - ЭТО	
		a) Наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей почечный синус на две части	
	*	b) Визуализация двух почек, сращенных полюсами	
		c) Гидронефротическая трансформация одной половины почки	
		d) Изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса	
		e) Нарушение сосудисто-мочеточниковых взаимоотношений	
142		ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ПОЯСНИЧНОЙ ДИСТОПИИ ПОЧЕК ОТ НЕФРОПТОЗА СОСТОИТ:	
		a) в отсутствии при УЗИ подвижности почки	
		b) в поясничном положении органа	
		c) в эхографических признаках ротации почки	
	*	d) в расширении мочеточника опущенной почки	
		e) в наличии органа в поясничном отделе при положении пациента стоя	
143		Мультикистозная дисплазия это	

		a	замещение участка почки многокамерной кистой не сообщающейся лоханкой	
	*	б	одна почка замещена кистозными полостями полностью	
		в	одиночное кистозное образование в паренхиме почки	
		г	две почки замещены кистозными полостями	
144			Дистопия почки	
		a	патологическая смещаемость почки при перемене положения тела	
	*	б	неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза	
		в	уменьшение размеров почки с нормальным развитием паренхимы и чашечно-лоханочного комплекса	
		г	патологическая смещаемость почки при дыхании	
		д	сращение почек нижними полюсами.	
145			ЭХОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПОЛИКИСТОЗА ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:	
	*	а)	наличие кист в паренхиме обеих почек	
		б)	увеличение почек в размерах	
		с)	диффузное повышение эхогенности паренхимы и наличие кист с одной стороны	
		д)	деформация чашечно-лоханочного комплекса	
		е)	неравномерное расширение отделов чашечно-лоханочной системы	
146			МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ - ЭТО	
		а)	Замещение участка почки многокамерной кистой, несобщающейся с лоханкой	
	*	б)	Одна почка замещена кистозными полостями полностью	

		c) Одиночное кистозное образование в паренхиме почки	
		d) Две почки замещены кистозными полостями	
147		ОСНОВНЫМ ЭХОГРАФИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ МУЛЬТИКИСТОЗА ПОЧКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ	
		a) увеличение одной из почек в размерах	
	*	b) полное замещение кистами паренхимы одной из почек	
		c) деформация чашечно-лоханочной системы	
		d) выявление в паренхиме отдельных кистозных включений	
		e) расширение отделов чашечно-лоханочной системы	
148	*	ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ:	
		a) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника;	
		b) признаки нарушения сократительной способности лоханки;	
		c) признаки вторичного пиелонефрита;	
		d) истончение почечной паренхимы;	
	*	e) признаки снижения почечного кровотока.	
149		ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ГИДРОНЕФРОЗА ЯВЛЯЮТСЯ:	
	*	a) Ультразвуковое сканирование	
	*	b) Экскреторная урография	
		c) цистография	
	*	d) Радионуклидное исследование	
		e) КТ	
		f) Почечная ангиография	
150		ДЛЯ ОБСТРУКТИВНОГО ГИДРОНЕФРОЗА ХАРАКТЕРНЫ:	
	*	a) Боль	

		b) Изменения в анализах мочи		
	*	c) Симптом пальпируемой опухоли		
		d) Гематурия		
		e) Дизурия		
		f) Повышение артериального давления		
		g) Изменение биохимии крови		
151		Для напряженной воздушной кисты легкого характерны следующие симптомы		
	*	смещение средостения в противоположную сторону		
		стойкая гипертермия		
		легочная гипертензия		
		перегрузки камер сердца		
152		Наиболее быстрое развитие бронхэктазии вызывают инородные тела:		
	*	органические		
		пластмассовые		
		металлические		
		стеклянные		
153		Наиболее достоверным методом выявления инородных тел дыхательных путей является:		
	*	бронхоскопия		
		рентгеноскопия		
		полипозиционная КТ		
		рентгенография в 2-х проекциях		
154		В начальной стадии деструктивной пневмонии рентгенологически выявляется		
	*	инфилтрат		

		напряженный пиопневмоторакс	
		абсцесс	
		плащевидный плеврит	
155		К плевральным осложнениям деструктивной пневмонии относятся:	
	*	пиопневмоторакс	
		буллы	
		пневмоторакс	
		плащевидный плеврит	
156		Основными симптомами ожога ротовой полости и пищевода являются:	
	*	саливация	
		диарея	
		анемия	
		сухость полости рта	
157		Какого легочно-плеврального осложнения нет при острой гнойной деструктивной пневмонии?	
	*	бронхит	
		пневмоторакс	
		пиоторакс	
		выпотной плеврит	
158		Клиническая картина бронхэкстазической болезни зависит от:	
	*	выраженности, распространенности бронхэкстазов	
		стороны поражения дыхательной системы	
		врожденных пороков желудочно-кишечного тракта	
		наследственности	

159		Торакотомия при травме грудной клетки не показана при:	
	*	травматической пневмонии	
		повреждении диафрагмы	
		нарастающем гемотораксе	
		ранении в опасных зонах для сердца	
160		В каком возрасте у детей чаще встречаются травмы грудной клетки?	
	*	школьный	
		период новорожденности	
		грудной	
		преддошкольный	
161		Назовите наиболее грозное осложнение при оперативном лечении легочной секвестрации:	
	*	кровотечение	
		медиастинит	
		пневмоторакс	
		плеврит	
162		Лечебная тактика при врожденных кистах легких предусматривает:	
	*	радикальное удаление кисты	
		дренирование кисты	
		пункцию кисты	
		наблюдение	
163		Какие методы лечения используются при легочной секвестрации:	
	*	оперативное по мере диагностики	

		оперативное после длительного консервативного	
		наблюдение	
		консервативные	
164		Что является главным в основе патогенеза острой гнойной деструктивной пневмонии?	
	*	свойства возбудителя	
		неблагоприятное течение беременности	
		алиментарный фактор	
		вредные привычки	
165		Укажите классификацию бронхэктазов по генезу:	
	*	приобретенные, врожденные	
		цилиндрические, мешотчатые	
		односторонние, двусторонние	
		дизонтогенетические, кистовидные	
166		Что не является противопоказанием к оперативному лечению бронхэкститической болезни?	
	*	врожденный вывих бедра	
		выраженное снижение показателей внешнего дыхания	
		наличие гнойных очагов инфекции в других органах и тканях	
		поражение более 13 сегментов легких	
167		Что характерно для аплазии легкого?	
	*	отсутствие паренхимы легкого при наличии зачатка главного бронха	
		эмфизематозно измененная доля	
		бронхэктазы	
		отсутствие легкого с главным бронхом	

168		Острый гнойно-фибринозный плеврит предполагает:		
	*	дренирование плевральной полости		
		многократные плевральные пункции		
		радикальную операцию		
		консервативное лечение без плевральной пункции		
169		Перечислите синдромы, которые не встречаются у детей при острой гнойной деструктивной пневмонии:		
	*	геморрагический		
		нейротоксический		
		синдром внутригрудного напряжения		
		абдоминальный		
170		Назовите бронхэктазы по форме:		
	*	мешотчатые, кистовидные, цилиндрические		
		приобретенные, врожденные		
		дизонтогенетические, цилиндрические		
		односторонние, двухсторонние		
171		В чем заключается радикальное хирургическое лечение бронхэкстазической болезни?		
	*	удаление сегмента или доли		
		окклюзия бронха		
		дренирование плевральной полости		
		наложение пневмоторакса		
172		Какие нарушения эмбриогенеза бронхо-легочного аппарата по Мональди относится к 1 степени?		
	*	отсутствие первичной бронхиальной почки		
		недоразвитие главного бронха, отсутствие паренхимы легкого		

		стенозы трахеи, бронхов	
		врожденные кисты легкого	
173		При прорыве абсцесса легкого в плевральную полость необходимо:	
	*	дренирование плевральной полости	
		пункция плевральной полости	
		только антибактериальная терапия	
		радикальная операция – торакотомия с резекцией легкого	
174		Что не характерно для дренирующегося в бронх абсцесса легкого?	
	*	гиперсаливация	
		влажные хрипы	
		сильный кашель с обильной мокротой	
		ослабление дыхания	
175		По распространенности различают следующие бронхэктомии:	
	*	односторонние, двусторонние	
		эмфизематозные, ателектатические	
		мешотчатые, кистовидные	
		цилиндрические, локальные	
176		Что не относится к осложнениям при хирургическом лечении бронхэктомической болезни?	
	*	некроз кожного лоскута	
		кровотечение	
		несостоятельность швов бронха	
		ателектаз легкого	

177		Какова ангиографическая картина при врожденной лобарной эмфиземе?		
	*	сосудистый рисунок доли резко обеднен		
		сосудистый рисунок доли резко усилен		
		сосудистый рисунок доли не изменен		
		аневризматические изменения легочной артерии или ее ветвей		
178		В какой срок развиваются плевральные осложнения при острой гнойной деструктивной пневмонии у маленьких детей?		
	*	на 1-ой – 2-ой неделе		
		через 1-1,5 месяца		
		через 3 месяца		
		в первый день		
179		Какие рентгенологические признаки не характерны для тотального выпотного плеврита?		
	*	расширение тени средостения		
		расширение межреберных промежутков на стороне поражения		
		смещение средостения в противоположную сторону		
		интенсивное гомогенное затенение гемиторакса		
180		В какое время суток больше всего больной с бронхэкститической болезнью выделяет гнойную мокроту?		
	*	утром		
		днем		
		ночью		
		вечером		
181		Какие этиологические факторы не влияют на формирование		

		бронхоэктазов?		
	*	пороки развития костно-суставной системы		
		рецидивирующие неспецифические воспалительные заболевания легких		
		детские инфекционные заболевания, туберкулез		
		инородные тела трахеобронхиального дерева		
182		Место дренирования плевральной полости после торакотомии по поводу травмы легкого:		
	*	в 5-6-м межреберье по средне-подмышечной линии		
		в 10-м межреберье по лопаточной линии		
		через торакотомный доступ		
		во 2-м межреберье по среднеключичной линии		
183		Врожденную лобарную эмфизему дифференцируют со всеми заболеваниями, кроме:		
	*	агенезии легкого		
		напряженной кисты легкого		
		обструктивной эмфиземы на почве инородного тела		
		пневмоторакса		
184		При осмотре больного с бронхоэкстазической болезнью наблюдается все, кроме:		
	*	петехиальная сыпь		
		цианотичный оттенок		
		одышка		
		бледность кожи		
185		К признакам напряженного пневмоторакса при закрытой травме грудной клетки не относится:		
	*	сужение межреберий на стороне поражения		

		перкуторный коробочный звук	
		аускультативно отсутствие дыхания	
		смещение средостения в противоположную сторону	
186		В каком возрасте чаще диагностируются врожденные пороки развития легких?	
	*	до 5 лет	
		до 10 лет	
		до 20 лет	
		свыше 20 лет	
187		При врожденных бронхэктазах наблюдаются следующие формы:	
	*	правильно все	
		мешотчатые	
		кистовидные	
		цилиндрические	
188		Наиболее эффективный метод лечения врожденных бронхэктазов:	
	*	резекция пораженных участков легкого	
		консервативное лечение в стационаре	
		дренирование плевральной полости	
		курортно-санаторное	
189		В каких случаях ребенку необходимо проводить бронхологическое исследование?	
	*	все перечисленное	
		при врожденных пороках и аномалиях бронхолегочного аппарата	
		при подозрении на инородные тела трахеобронхиального дерева	

		при часто повторяющихся бронхитах с мокротой	
190		Изменения на ЭКГ при бронхоэктатической болезни обусловлены:	
	*	повышением давления в легочной артерии	
		повышением давления в аорте	
		увеличением воздушности легких	
		пороком сердца	
191		Тактика ведения больных с агенезией легкого не предусматривает:	
	*	оперативное лечение	
		профилактику пневмонии	
		предупреждение травм грудной клетки	
		наблюдение	
192		Какое осложнение не развивается после операции удаления бронхогенной кисты средостения?	
	*	синдром Меллори-Вейса	
		плеврит	
		кровотечение	
		ателектаз легкого	
193		Какой путь проникновения инфекции при острой гнойной деструкции легких является наиболее частым?	
	*	аэробронхиальный	
		гематогенный	
		алиментарный	
		контактный	
194		В каком возрасте чаще всего диагностируют бронхоэктатиче-	

		скую болезнь?	
	*	до 5 лет	
		в грудном возрасте	
		до 15 лет	
		старше 15 лет	
195		Что является радикальным в лечении закрытой травмы грудной клетки с повреждением бронха?	
	*	срочная торакотомия, ушивание бронха	
		дренирование по Бюлау	
		пункция плевральной полости	
		бронхоскопия, обтурация бронха	
196		Острую гнойную деструкцию легких необходимо дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме:	
	*	бронхита	
		агенезии легкого	
		врожденной лобарной эмфиземы	
		аплазии легкого	
197		Что входит в лечение острой гнойной деструкции легких?	
	*	все верно	
		пункция плевральной полости	
		дренирование плевральной полости при неэффективности пункции	
		трахеобронхоскопия	
198		Что не характерно для острой гнойной деструкции легких?	
	*	повышение АД	
		гипертензия в малом круге кровообращения	
		интоксикация	

		дыхательная недостаточность		
199		Для клинической картины острой гнойной деструкции легких не характерно:		
	*	гипотермия		
		тахикардия		
		рвота, парез кишечника		
		повышение температуры тела		
200		При каком характере выпота в плевральную полость показана пункция:		
	*	серозном, гнойном		
		гноино-фибринозном		
		гнилостном		
		фибринозных наложениях		
201		По международной классификации гемангиомы делятся на:		
		Кавернозные и капиллярные		
		Капиллярные и комбинированные		
		Комбинированные и кавернозные		
	*	Врожденные и инфантильные		
202		Для врожденной гемангиомы характерно:		

	*	Отсутствие стадии роста гемангиомы после рождения		
		Интенсивная стадия роста гемангиомы в первые 1-2 недели жизни		
		Интенсивная стадия роста гемангиомы в первые 3-6 месяцев жизни		
		Интенсивная стадия роста гемангиомы до 2 лет		
203		Пролиферативная стадия роста инфантильной гемангиомы в среднем длится:		
		1-3 месяца		
	*	6-8 месяцев		
		16-24 месяца		
		3-5 лет		
204		Большинство инфантильных гемангиом самостоятельно регressируют к:		
		1-1,5 годам		
		2-4 годам		

	*	3-7 годам	
		10-14 годам	
205		Наиболее часто инфантильные гемангиомы располагаются на:	
		Передней брюшной стенке	
	*	Голове и шеи	
		Конечностях	
		Спине	
206		Препаратами первой линии при медикаментозном лечении инфантильной гемангиомы являются:	
	*	Бета-блокаторы	
		Цитостатики	
		Глюкокортикоиды	
		Антибиотики	

207		Наиболее частыми осложнениями гемангиом являются:	
		Кровотечения	
	*	Изъязвления	
		Малигнизация	
		Опухолевая интоксикация	
208		Врожденная быстро инволютирующая гемангиома (RICH) самостоятельно регрессирует к:	
		3-5 месяцам	
	*	12-18 месяцам	
		2-3 годам	
		3-7 годам	
209		Основным методом лечения врожденной неинволютирующей гемангиомой (NICH) является:	

		Криодеструкция	
		СВЧ деструкция	
		Лазеротерапия	
	*	Хирургическое удаление	
210		Что является осложнением гемангиом:	
		Малигнизация	
		Опухолевая интоксикация	
	*	Кровотечение	
		Метастазирование	
211		Для врожденной гемангиомы характерны следующие изменения в анализах крови:	
		Лейкоцитоз	
	*	Умеренная тромбоцитопения	
		Лейкопения	

		Повышение СОЭ	
212		Для врожденной гемангиомы характерны следующие изменения в анализах крови:	
		Лейкоцитоз	
		Нейтропения	
	*	Повышение Д-димера	
		Увеличение Протромбина	
213		Наиболее часто врожденные гемангиомы располагаются на:	
		Передней брюшной стенке	
	*	Голове и шеи	
		Конечностях	
		Спине	
214		Для капошиформной гемангиоэндотелиомы с синдромом Казабах-Мерритт	

		характерны следующие изменения в анализах крови:	
		Транзиторная тромбоцитопения	
		Лейкоцитоз	
	*	Гипофибриногенемии	
		Гиперфибриногенемия	
215		Для капошиформной гемангиоэндотелиомы с синдромом Казабах-Мерритт характерны следующие изменения в анализах крови:	
		Транзиторная тромбоцитопения	
		Гиперфибриногенемия	
		Лейкоцитоз	
	*	Выраженная тромбоцитопения	
216.		Основным методом лечения детей с синдромом Казабах-Мерритт является:	
		Криодеструкция	

		Лазеротерапия	
	*	Медикаментозный	
		Лучевая терапия	
217		Для синдрома Казабах–Мерритт характерны диагностические признаки:	
		Врожденный порок сердца	
		Инфантильная гемангиома	
	*	Тромбоцитопения	
		Крипторхиз	
218		Для синдрома Казабах–Мерритт характерны диагностические признаки:	
		Врожденный порок сердца	
	*	Наличие гемангиоэндотелиомы	
		Атрезия пищевода	
		Пороки почек	

219		Возраст особо интенсивного роста инфантильной гемангиомы:	
		3-5 лет	
		После года	
	*	Первые 3-6 месяцев	
		10-15 лет	
220		Лимфангиомы чаще всего локализуются:	
	*	Голове и шеи	
		Брюшной полости	
		Средостении	
		Спине	
221		Лимфангиомы лечатся:	

		Гормонами	
		Антибиотиками	
	*	Хирургически	
		Облучением	
222		В лечении лимфангиом применяется:	
	*	Склерозирование	
		Гормонотерапия	
		Криодеструкция	
223.		Дермоидные кисты чаще встречаются в области:	
		Спины	
		Конечностей	
	*	Головы	
		Живота	

224		Дермоидные кисты лечатся:		
	*	Хирургически		
		Пункцией		
		Криогенным воздействием		
		Медикаментозно		
225		Атеромы лечатся:		
		Медикаментозно		
		Криодеструкцией		
		Пункцией		
	*	Хирургически		
226		При синдроме Казабах-Мерритт необходимо контролировать:		
		Гемоглобин		
		Концентрацию глюкозы в крови		

	*	Тромбоциты	
		Мочевину	
227		В медикаментозном лечении синдрома Казабах-Мерритт применяют:	
		Антибиотики	
	*	Бета-блокаторы	
		Уросептики	
		Миорелаксанты	
228		В лечении синдрома Казабах-Мерритт применяют:	
	*	Гормоны	
		Спазмолитики	
		Антибиотики	
		Уросептики	

229			В лечении синдрома Казабах-Меррритт применяют:
	*		Иммуносупрессиную терапию
			Криодеструкцию
			Электрохимический лизис
			Лазеротерапию
230.			Методом диагностики артериовенозной фистулы является:
			Термометрия
	*		УЗ-допплерография
			Сцинтиграфия
			Рентгенография
231			Методом диагностики венозной мальформации является:
	*		УЗ-допплерография

		Термометрия	
		Сцинтиграфия	
		Рентгенография	
232		Методом диагностики венозной мальформации является:	
		Термометрия	
		Сцинтиграфия	
	*	Ангиография	
		Рентгенография	
233		Методом диагностики венозной мальформации является:	
	*	МРТ с контрастированием	
		Рентгенотерапия	
		Термометрия	
		Сцинтиграфия	

234			Методом диагностики гемангиом является:	
	*		УЗ-допплерография	
			Термометрия	
			Сцинтиграфия	
			Рентгенография	
235			Методом диагностики гемангиом является:	
			Термометрия	
			Рентгенография	
	*		МСКТ с контрастированием	
			Сцинтиграфия	
236			Методом диагностики гемангиом является:	
			Термометрия	

		Рентгенография	
	*	МРТ с контрастированием	
		Сцинтиграфия	
237		Методом диагностики лимфангииом является:	
		Термометрия	
		Рентгенография	
	*	МРТ	
		Сцинтиграфия	
238		Методом диагностики лимфангииом является:	
	*	УЗ-допплерография	
		Рентгенография	
		Термометрия	
		Ангиография	

239		Методом диагностики венозно-лимфатической мальформации является:		
		Рентгенография		
		Сцинтиграфия		
	*	УЗ-допплерография		
		Термометрия		
240		Методом диагностики венозно-лимфатической мальформации является:		
		Рентгенография		
		Сцинтиграфия		
	*	МРТ		
		Термометрия		
241		Методом диагностики артерио-венозной мальформации является:		
		Рентгенография		
		Сцинтиграфия		

	*	УЗ-допплерография		
		Термометрия		
242		Методом диагностики артерио-венозной мальформации является:		
		Рентгенография		
		Сцинтиграфия		
		Эндоскопия		
	*	МРТ		
243		Для синдрома Клиппель-Треноне характерно наличие:		
		Артерио-венозной мальформации		
	*	Капиллярной мальформации		
		Артерио-венозной фистулы		
		Телеангиоэктазий		

244		Для синдрома Клиппель-Треноне характерно наличие:		
	*	Венозной мальформации		
		Артерио-венозной мальформации		
		Артерио-венозной фистулы		
		Телеангиоэктазий		
245.		Для синдрома Клиппель-Треноне характерно:		
		Отсутствие грудных мышц		
		Уменьшения толщины слоя подкожно-жировой клетчатки		
	*	Гипертрофия костей и мягких тканей		
		Сколиоз		
246		Для синдрома Паркс-Вебера характерно наличия:		
	*	Капиллярной мальформации		
		Венозной мальформации		

		Лимфатической мальформации	
		Телеангиоэкзазий	
247		Для синдрома Паркс-Вебера характерно наличие:	
		Лимфатической мальформации	
		Венозной мальформации	
	*	Артерио-венозной мальформации	
		Артерио-венозной фистулы	
248.		Методом диагностики синдрома Паркс-Вебера является:	
		Рентгенография	
		Сцинтиграфия	
	*	Ангиография	
249		Методом диагностики синдрома Клиппель-Треноне является:	

	*	Ангиография		
		Эндоскопия		
		Рентгенография		
		Термометрия		
250		Для синдрома Стержа-Вебера характерно наличие:		
		Венозной мальформации		
		Артерио-венозной мальформации		
		Лимфатической мальформации		
	*	Капиллярной мальформации		

Задачи

Задача 1.

В отделении хирургии проходит занятие с ординаторами на тему «Болезнь Гиршпрунга». Ординатор уверен, что болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов прямой кишки, обусловленный денервацией всех элементов, включая кишечную стенку и сосуды. Полное отсутствие или дефицит интрамуральных нервных ганглиев, изменения проводимости в нейрорефлекторных дугах стенки кишки вызывают нарушение пассажа кишечного содержимого через этот участок (аперистальтическая зона). Это приводит к нарушению перистальтики, угнетению позыва на дефекацию, перестройке регионарного кровотока, нарушению проницаемости, резорбции и дисбактериозу.

Прав ли ординатор в данном случае по Вашему мнению?

А. Да. Прав.

Б. Нет. Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов толстой кишки.

В. Нет. Не прав. Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов прямой кишки, обусловленный денервацией кишечной стенки.

Г. Нет. Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов прямой кишки, обусловленный денервацией элементов сосудов.

Ответ: Б.

В данном случае ординатор не прав. Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов толстой кишки.

(ответ А) Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов не прямой, а толстой кишки.

(ответ В) Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов не прямой, а толстой кишки.

(ответ Г) Болезнь Гиршпрунга - это порок развития дистальных отделов не прямой, а толстой кишки.

Задача 2.

В отделение хирургии поступил мальчик 6-ти лет с диагнозом: Болезнь Гиршпрунга, субтотальная форма. Ординатор считает, что по анатомической классификации при субтотальной форме поражение распространяется на всю толстую кишку, а иногда и часть тонкой кишки.

Прав ли ординатор в данном случае по Вашему мнению?

А. Нет. Это тотальная форма болезни.

Б. Нет. Это ректальная форма заболевания.

В. Нет. Это ректо-сигмоидная форма заболевания.

Г. Да. Прав. Это субтотальная форма заболевания.

Ответ: А.

В данном случае ординатор не прав. По анатомической классификации при субтотальной форме поражение распространяется до поперечно-ободочной кишки. Поражение всей толстой кишки (а в ряде случаев и части тонкой кишки)-это тотальная форма болезни Гиршпрунга. Ректальная форма – поражение прямой кишки. Ректо-сигмоидная форма характеризуется поражением прямой и сигмовидной кишок.

(ответ Б) Ректальная форма характеризуется поражением прямой кишки.

(ответ В) Ректо-сигмоидная форма характеризуется поражением прямой и сигмовидной кишок.

(ответ Г) При субтотальной форме поражение распространяется до поперечно-ободочной кишки.

Задача 3.

Ребенка 4-х лет бригада Скорой медицинской помощи доставила в отделение хирургии с клиникой отсутствия стула. Врач уверен, что ведущий симптом у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга — отсутствие (задержка) самостоятельного стула (хронический запор) с первых суток жизни ребенка. С возрастом запор прогрессирует. Особенно отчётливо это проявляется при введении прикорма или на фоне искусственного вскармливания. Постоянный симптом болезни Гиршпрунга — метеоризм.

Какие ошибки допустил врач в данном случае по Вашему мнению?

- А. Отсутствие (задержка) самостоятельного стула (хронический запор) при введении прикорма.
- Б. Метеоризм — ведущий симптом болезни Гиршпрунга.
- В. Ошибок нет.
- Г. На фоне искусственного вскармливания запор уменьшается.

Ответ: В.

В данном случае ошибок нет. Врач назвал симптомы правильно. ведущий симптом у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга — отсутствие (задержка) самостоятельного стула (хронический запор) с первых суток жизни ребенка. С возрастом запор прогрессирует. Особенно отчётливо это проявляется при введении прикорма или на фоне искусственного вскармливания. Постоянный симптом болезни Гиршпрунга — метеоризм.

(ответ А) Ведущий симптом у детей, страдающих болезнью Гиршпрунга — отсутствие (задержка) самостоятельного стула (хронический запор) с первых суток жизни ребенка. С возрастом запор прогрессирует. Особенно отчётливо это проявляется при введении прикорма.

(ответ Б) Метеоризм — постоянный симптом болезни Гиршпрунга, но основной симптом — запоры.

(ответ Г) С возрастом запор прогрессирует. Особенно отчётливо это проявляется на фоне искусственного вскармливания.

Задача 4.

В отделение хирургии поступил мальчик 7 лет с диагнозом Болезнь Гиршпрунга. Ординатор назначил лабораторные обследования: исследование микробиоценоза толстой кишки; определение токсинов A и B Cl.difficile, общий анализ крови, протеинограмма.

Все ли лабораторные обследования назначил ординатор в данном случае по Вашему мнению?

- A. Нет. Не все. Необходимо определение уровня ферментов печени -АЛТ, АСТ.
- B. Все.
- C. Да, все, но определение токсинов A и B Cl.difficile не обязательно.
- D. Да, но определение протеинограммы не является обязательным методом.

Ответ: А.

В данном случае ординатор назначил не все обследования: еще необходимо определение уровня ферментов печени - АЛТ, АСТ. Определение токсинов A и B Cl.difficile является обязательным у пациентов с БГ, так как является причиной наиболее тяжелого осложнения – псевдомембранозного колита. Определение протеинограммы является обязательным методом.

(ответ Б) В данном случае ординатор назначил не все обследования: еще необходимо определение уровня ферментов печени - АЛТ, АСТ.

(ответ В) Определение токсинов A и B Cl.difficile является обязательным у пациентов с БГ, так как является причиной наиболее тяжелого осложнения – псевдомембранозного колита.

(ответ Г) Определение протеинограммы является обязательным методом.

Задача 5.

Для проведения ирригографии ребенку 2-х лет с подозрением на болезнь Гиршпрунга, врач назначил использование контрастного вещества-бариевую взвесь в 1% растворе натрия хлорида 400мл.

Правильно ли назначил количество бариевой взвеси врач в данном случае по Вашему мнению?

- A. Да. правильно.

Б. Нет. Не правильно. Нужно назначить 80мл бариевой взвеси.

В. Да, правильно. Но нужно использовать водорастворимые контрастные препараты.

Г. Нет. Не правильно. Нужно назначить от 100 до 300мл бариевой взвеси.

Ответ: Г.

В данном случае врач не прав В качестве контрастного вещества используют бариевую взвесь в 1% растворе натрия хлорида в количестве 100-300мл детям от 1 года до 3-х лет, 30–80 мл новорождённым и грудным детям, 100–300 мл — детям от 1 года до 3 лет, 300–500 мл — старшим детям. Водорастворимые контрастные препараты используют у новорождённых.

(ответ А) Бариевую взвесь в 1% растворе натрия хлорида назначают детям от 1 года до 3-х лет в количестве 100-300мл

(ответ Б) В качестве контрастного вещества используют бариевую взвесь в 1% растворе натрия хлорида

(ответ В) Бариевую взвесь в 1% растворе натрия хлорида назначают детям от 1 года до 3-х лет в количестве 100-300мл

Задача 6.

На прием в поликлинику к хирургу обратился мальчик 12 лет с клиникой выпадения прямой кишки. Со слов мамы прямая кишка выпадает только во время дефекации и легко вправляется самопроизвольно. Ординатор считает, что у больного субкомпенсированная клиническая стадия выпадения прямой кишки.

Прав ли ординатор?

А. Нет, не прав. Это декомпенсированная клиническая стадия выпадения прямой кишки.

Б. Нет. Не прав. Это компенсированная клиническая стадия выпадения прямой кишки.

В. Да, прав.

Г. Нет. Это выпадение прямой кишки без недостаточности состояния удерживающего аппарата.

Ответ: Б.

В данном случае ординатор не прав. У больного клиническая стадия компенсированная - кишка выпадает только во время дефекации и легко вправляется самопроизвольно. Для субкомпенсированной клинической стадии характерно - кишка выпадает при дефекации и умеренном физическом напряжении, вправляется только насищенно; отмечают недо-

статочность сфинктера I степени. При декомпенсированной клинической стадии - кишка легко выпадает при незначительном физическом напряжении (например, при кашле, чихании), после ручного вправления снова выпадает; обнаруживают недостаточность сфинктерного аппарата II-III степени. Это выпадение прямой кишки без недостаточности состояния удерживающего аппарата-по классификации состояния удерживающего аппарата.

(Ответ А) При декомпенсированной клинической стадии - кишка легко выпадает при незначительном физическом напряжении (например, при кашле, чихании), после ручного вправления снова выпадает; обнаруживают недостаточность сфинктерного аппарата II-III степени.

(Ответ В) Для субкомпенсированной клинической стадии характерно - кишка выпадает при дефекации и умеренном физическом напряжении, вправляется только насилиственно; отмечают недостаточность сфинктера I степени.

(Ответ Г) По классификации состояния удерживающего аппарата это выпадение прямой кишки без недостаточности состояния удерживающего аппарата.

Задача 7.

В отделении хирургии поступил ребенок с клиникой выпадения всех слоев прямой кишки до половины длины кишки с учетом возрастной нормы. Врач считает, что у больного II степень выпадения прямой кишки по анатомической классификации степени выпадения.

Прав ли врач?

А. Врач прав.

Б. Нет. Врач не прав. У больного III степень выпадения прямой кишки по анатомической классификации степени выпадения.

В. Нет. Врач не прав. У больного I степень выпадения прямой кишки по классификации состояния удерживающего аппарата.

Г. Врач прав. У больного I степень выпадения прямой кишки по анатомической классификации и степени выпадения.

Ответ: А.

В данном случае врач прав. У больного II степень выпадения прямой кишки по анатомической классификации степени выпадения - выпадает от трети до половины длины кишки (с учётом возрастной нормы). При I степени - выпадает участок прямой кишки длиной до 1,5-2 см; При III степени - выпадает вся прямая кишка. По классификации состояния удерживающего аппарата для I степени характерно сохранение чувства позыва к дефекации, на фоне которого отмечают эпизодическое непроизвольное отхождение фекалий.

(Ответ Б) П При III степени по анатомической классификации - выпадает вся прямая кишка.

(Ответ В) При I степени по анатомической классификации - выпадает участок прямой кишки длиной до 1,5-2 см;

(Ответ Г) По классификации состояния удерживающего аппарата для I степени характерно сохранение чувства позыва к дефекации, на фоне которого отмечают эпизодическое непроизвольное отхождение фекалий.

Задача 8.

На прием к хирургу обратилась мама с мальчиком 4-х лет с клиникой выпадения прямой кишки. Из анамнеза: у ребенка хронические и остро возникающие нарушения акта дефекации, разного рода "привычные" запоры, вызывающие повышение внутрибрюшного давления; фимоз. Врач сообщил маме, что все перечисленные факторы относятся к производящим факторам, которые могут стать пусковым механизмом выпадения прямой кишки.

Прав ли врач?

А. Да, прав, но фимоз не относится к производящим факторам, которые могут стать пусковым механизмом выпадения прямой кишки.

Б. Да, прав, но остро возникающие нарушения акта дефекации не относятся к производящим факторам, которые могут стать пусковым механизмом выпадения прямой кишки.

В. Нет. Не прав. Все эти факторы относятся к предрасполагающим факторам.

Г. Да. Прав.

Ответ: Г.

В данном случае врач прав. **К производящим факторам** относят хронические и остро возникающие нарушения акта дефекации, разного рода "привычные" запоры, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и часто становящиеся пусковым механизмом выпадения прямой кишки. Производящими причинами могут быть также затруднённое мочеиспускание у мальчиков при фимозе. **К числу предрасполагающих факторов** относят врождённую предрасположенность, обусловленную анатомо-физиологическими особенностями прямой кишки и окружающих её анатомических образований

(Ответ А) Производящими причинами могут быть также длительно продолжающийся кашель при коклюше и бронхите, затруднённое мочеиспускание у мальчиков при фимозе

(Ответ Б) **К производящим факторам** относят хронические и остро возникающие нарушения акта дефекации, разного рода "привычные" запоры, вызывающие повышение внутрибрюшного давления и часто становящиеся пусковым механизмом выпадения прямой кишки.

(Ответ В) **К числу предрасполагающих факторов** относят врождённую предрасположенность, обусловленную анатомо-физиологическими особенностями прямой кишки и окружающих её анатомических образований

Задача №9

На прием к хирургу обратились родители ребенка 3-х лет с жалобами на острую боль в анальной области. Врач осмотрел ребенка: выпавшая кишка увеличена в объёме, резко болезненна при дотрагивании, напряжена и отёчна, тёмно-багрового цвета. Из анамнеза: 3 месяца назад родители У ребёнка во время дефекации стали замечать своеобразную "розетку" - ярко-красную слизистую оболочку с щелевидным или звёздчатым отверстием в центре, выступающую из ануса. Некоторое время, пока сохранён тонус сфинктера, вправление выпавшей части удавалось, но было несколько затруднено и болезненно. Хирург поставил диагноз: ущемление выпавшей прямой кишки. Врач направил ребенка на экстренную операцию.

Прав ли врач?

- А. Нет. Нужно попытаться вправить прямую кишку самостоятельно.
- Б. Нет. Нужно подождать время, когда произойдет самопроизвольное вправление прямой кишки.
- В. Прав.
- Г. Нет. нужно начать консервативную терапию медикаментозно.

Ответ: В.

В данном случае врач прав. Ущемление сопровождается острой болью в анальной области, выпавшая кишка увеличивается в объёме, резко болезненна при дотрагивании, напряжена и отёчна, тёмно-багрового цвета. В подобных случаях необходима экстренная хирургическая помощь.

(Ответ А) При ущемлении прямой кишки, которое сопровождается острой болью в анальной области, выпавшая кишка увеличивается в объёме, резко болезненна при дотрагивании, напряжена и отёчна, тёмно-багрового цвета, необходима экстренная хирургическая помощь.

(Ответ Б) При ущемлении прямой кишки, которое сопровождается острой болью в анальной области, выпавшая кишка увеличивается в объёме, резко болезненна при дотрагивании, напряжена и отёчна, тёмно-багрового цвета, необходима экстренная хирургическая помощь.

(Ответ Г) При ущемлении прямой кишки, которое сопровождается острой болью в анальной области, выпавшая кишка увеличивается в объёме, резко болезненна при дотрагивании, напряжена и отёчна, тёмно-багрового цвета, необходима экстренная хирургическая помощь.

Задача 10.

В поликлинику на прием к хирургу пришла мама с ребенком 2-х лет с жалобами на выпадение прямой кишки. Врач обследовал ребенка и выявил протяженное выпадение прямой кишки. Врач назначил ребенку амбулаторное лечение: нормализация стула и восстановление статуса питания.

Прав ли врач?

- А. Прав.
- Б. Не прав. Необходимо направить ребенка на стационарное обследование и лечение.
- В. Необходимо назначить физиотерапия.
- Г. Необходимо назначить микроклизмы с отварами трав.

Ответ: Б.

В данном случае врач не прав. Необходимо направить ребенка на стационарное обследование и лечение. Стационарное лечение показано у пациентов с ущемлением выпавшей прямой кишки. В госпитализации и хирургическом лечении нуждаются также дети с протяженным выпадением кишки, так как даже после вправления у таких пациентов кишка вновь выпадает при малейшем натуживании, плаче и даже в покое.

(Ответ А) В госпитализации и хирургическом лечении нуждаются также дети с протяженным выпадением кишки

(Ответ В) Необходимо направить ребенка на стационарное обследование и лечение. Стационарное лечение показано у пациентов с ущемлением выпавшей прямой кишки. В госпитализации и хирургическом лечении нуждаются также дети с протяженным выпадением кишки.

(Ответ Г) В госпитализации и хирургическом лечении нуждаются также дети с протяженным выпадением кишки, так как даже после вправления у таких пациентов кишка вновь выпадает при малейшем натуживании, плаче и даже в покое.

ЗАДАЧА 11

В отделении новорожденных родильного дома через 4 ч после рождения у новорожденной девочки появились обильные пенистые выделения изо рта и носовых ходов. Еще через час ребенок стал давать приступы цианоза. Врач осмотрел ребенка — в легких появились хрипсы, нарастает одышка. Доктор поставил предварительный диагноз: «Атрезия пищевода». Ординатор уверен, что у ребенка клиника врожденного трахеопищеводного свища.

Кто прав в данном случае врач или ординатор?

- А. Врач прав. У ребенка больше клинических данных за атрезию пищевода.
- Б. Прав ординатор. Это клиника врожденного трахеопищеводного свища.
- В. Оба не правы. Это клиника ахалазии пищевода.
- Г. Оба не правы. Это клиника гастроэзофагеального рефлюкса.

Правильный ответ — А.

В данном случае врач прав. При атрезии пищевода верхний слепой отрезок пищевода и носоглотка переполняются слизью, у ребенка появляются обильные пенистые выделения изо рта и носовых ходов. Часть слизи новорожденный аспираирует, возникают приступы цианоза. После отсасывания содержимого носоглотки цианоз вскоре появляется вновь. Характерные симптомы врожденного трахеопищеводного свища: приступы кашля и цианоза, возникающие во время кормления, более выраженные в горизонтальном положении ребенка. Основные симптомы

ахалазии пищевода — дисфагия (затруднения прохождения пищи) и регургитация (рвота неизмененной пищей). Для гастроэзофагеального рефлюкса характерны симптомы нарушения питания (срыгивание и рвота).

ЗАДАЧА 12

Этому же новорожденному ребенку для уточнения диагноза: «Атрезия пищевода» врач назначил обследование — катетеризации пищевода желудочным зондом. Ординатор сообщает о методике проведения процедуры: катетеризацию проводят желудочным зондом с закругленным концом. Зонд вводят через нос. Пройдя на глубину 6–8 см, катетер упирается в слепой конец пищевода либо, заворачиваясь, выходит через рот ребенка. Через катетер отсасывают слизь. Воздух, введенный в слепой конец пищевода, с шумом выделяется из носоглотки [положительный симптом элефанта (слона)].

Правильно ли сообщил о методике проведения катетеризации пищевода ординатор?

- А. Нет. Желудочный зонд выбирают с обычным концом.
- Б. Нет. Зонд вводят через рот, затем в пищевод.
- В. Да, но слизь через катетер не отсасывают.
- Г. Да.

Правильный ответ — Г.

Ординатор правильно объяснил методику проведения катетеризации пищевода при подозрении на атрезию пищевода.

- А) Методика проведения катетеризации пищевода при подозрении на атрезию пищевода объяснена ординатором верно;
- Б) Ординатор верно объяснил методику проведения катетеризации пищевода
- В) В данном случае ординатор верно объяснил методику проведения катетеризации пищевода

ЗАДАЧА 13

Хирург осматривает новорожденного мальчика в первые сутки после рождения с подозрением на атрезию пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом. Врач назначил ребенку рентгенологическое исследование: после введения рентгеноконтрастного зонда в пищевод до упора выполнили обзорную рентгенограмму органов грудной клетки и брюшной полости. Рентгеноконтрастный зонд отчетливо виден в слепом отрезке пищевода, а брюшная полость полностью затенена. Интерн уверен, что предварительный диагноз: «Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом» — правильный.

Прав ли интерн в данном случае?

- А. Да.
- Б. Нет.
- В. Да, но для подтверждения диагноза необходимо провести исследование с использованием рентгеноконтрастных растворов бариевой взвеси.
- Г. Да, но для подтверждения диагноза необходимо провести катетеризацию пищевода.

Правильный ответ — Б.

В данном случае интерн не прав. На наличие свища между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода указывает наличие воздуха в желудке и кишечнике при рентгенологическом исследовании. При бессвищевых формах отмечают полное затенение брюшной полости.

- А) Интерн не прав. При рентгенологическом исследовании в случае наличия свища между трахеей и абдоминальным отрезком пищевода определялся бы воздух в желудке и кишечнике
- В) Интерн не прав. Полное затенение брюшной полости характерно для бессвищевых форм.
- Г) Интерн не прав. Описанная рентгенологическая картина характерна для бессвищевой формы. Катетеризация пищевода не нужна.

ЗАДАЧА 14

В условиях фельдшерско-акушерского пункта родился мальчик с клиникой атрезии пищевода. По линии санитарной авиации вызвана бригада врачей — хирург, неонатолог, реаниматолог. Клинический осмотр специалистов подтвердил диагноз. Мама настаивает на проведении оперативного лечения на месте. Однако хирург убеждает ее в срочной транспортировке в специализированный стационар. Врачи сразу начали предоперационную подготовку, включающую аспирацию содержимого рото- и носоглотки каждые 15–20 мин, оксигенотерапию, полное исключение кормления через рот. Ребенка поместили в кувез, где обеспечили непрерывную подачу кислорода, аспирацию содержимого ротоглотки, согревание тела ребенка.

Правильно ли начали проводить предоперационную подготовку врачи в данном случае?

А. Начали правильно, но нужно еще назначить инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию.

Б. Нет. Необходимости в проведении оксигенотерапии нет.

В. Врачи правильно начали проводить предоперационную подготовку, но нужно срочно оперировать ребенка на месте с использованием мобильного оборудования.

Г. Начали правильно, но нужно еще назначить антибактериальную терапию.

Правильный ответ — А.

В данном случае врачи правильно начали проводить предоперационную подготовку, но еще необходимо назначить инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию. Лечение только оперативное, транспортировку следует проводить в сопровождении специализированной реанимационной бригады в максимально короткий срок.

Б) Врачи правильно начали проводить предоперационную подготовку. Оксигенотерапия необходима.

В). Пациента следует транспортировать в сопровождении специализированной реанимационной бригады в максимально короткий срок. Врачи начали правильно проводить предоперационную подготовку, хотя следует еще назначить инфузионную, антибактериальную, симптоматическую терапию

Г) Врачи правильно начали проводить предоперационную подготовку. Однако кроме выполненных мероприятий, необходимо назначить не только антибактериальную, но и инфузионную, и симптоматическую терапию.

ЗАДАЧА 15

Новорожденный, перенес оперативное вмешательство по поводу атрезии пищевода.

В послеоперационном периоде врач назначил лечебные мероприятия: продолжил начатую интенсивную терапию; через зонд, установленный интраоперационно, проводят кормление ребенка. На 6-е сутки врач назначил исследование состоятельности анастомоза: под контролем рентгеновского экрана через рот ребенка вводят 1–2 мл водорастворимого контрастного вещества. Оценивают проходимость зоны анастомоза, исключают затеки контрастного вещества. При отсутствии осложнений ребенка начинают кормить через рот. Через 3–4 нед после операции проводят контрольную фиброзофагогастроскопию с оценкой степени проходимости зоны анастомоза, состояния кардии, симптомов эзофагита.

Какие изменения/дополнения необходимы в данном случае?

А. Нужно провести исследование несостоятельности анастомоза через 2–3 дня после операции.

Б. При отсутствии клинических проявлений непроходимости анастомоза и эзофагита контрольную фиброзофагогастроскопию с оценкой степени проходимости зоны анастомоза можно не проводить.

В. Изменений/дополнений нет.

Г. Контрольную фиброзофагогастроскопию с оценкой степени проходимости зоны анастомоза, состояния кардии, симптомов эзофагита проводят через 2 нед после операции.

Правильный ответ — В.

В данном случае дополнений и изменений нет. Врач правильно провел наблюдение ребенка в послеоперационном периоде.

Задача 16.

Новорожденный родился с клиникой диафрагмальной грыжи. Хирург осмотрел новорожденного: у ребенка выраженное смещение средостения влево и значительная компрессия легкого в плевральную полость. Врач решил, что имеет место правосторонний вариант ложной диафрагмальной грыжи.

Прав ли врач по Вашему мнению?

- A. Да, прав.
- B. Да, прав, но значительная компрессия легкого будет не только на стороне поражения, но и условно здорового.
- C. Нет, не прав. При левостороннем варианте порока наблюдается выраженное смещение средостения влево и значительная компрессия легкого в плевральную полость.
- D. Нет, не прав. При правостороннем варианте ложной диафрагмальной грыжи развивается синдром внутригрудного напряжения.

Правильный ответ: Б.

В данном случае врач прав. При правостороннем поражении в плевральную полость перемещается печень и петли кишечника, что вызывает выраженное смещение средостения влево и значительную компрессию легкого не только на стороне поражения, но и условно здорового. При истинных грыжах купола диафрагмы в мышечных дефектах в грыжевом мешке оказывается большой объем органов брюшной полости, что приводит к развитию синдрома внутригрудного напряжения.

(Ответ А) При правостороннем поражении в плевральную полость перемещается печень и петли кишечника, что вызывает выраженное смещение средостения влево и значительную компрессию легкого не только на стороне поражения, но и условно здорового

(Ответ В) При правостороннем поражении в плевральную полость перемещается печень и петли кишечника, что вызывает выраженное смещение средостения влево и значительную компрессию легкого не только на стороне поражения, но и условно здорового

(Ответ Г) При истинных грыжах купола диафрагмы в мышечных дефектах в грыжевом мешке оказывается большой объем органов брюшной полости, что приводит к развитию синдрома внутригрудного напряжения.

Задача 17.

Ребенок 4-х лет в течение последних 2-х месяцев жалуется на появление неприятных ощущений в эпигастральной области, иногда тошноты и рвоты. Ребенок осмотрен гастро-

энтерологом, инфекционистом-патологии не выявлено. Педиатр направил ребенка на осмотр к хирургу. Хирург заподозрил парастернальную грыжу.

Характерны ли эти симптомы для паастернальной грыжи по Вашему мнению?

- А. Нет. Для паастернальных грыж характерны респираторные нарушения.
- Б. Нет. Для паастернальных грыж характерны цианоз, одышка, беспокойство.
- В. Да. Характерны.
- Г. Нет, для паастернальных грыж не характерна рвота.

Правильный ответ: В.

В данном случае перечисленные симптомы характерны для паастернальной грыжи. При паастернальных грыжах симптомы не выражены и непостоянны, чаще их выявляют у детей ясельного или школьного возраста, когда они начинают жаловаться на болезненные неприятные ощущения в эпигастральной области. Иногда возникают тошнота и рвота. Респираторные и сердечно-сосудистые нарушения для этого вида грыж нехарактерны. При френоперикардиальных грыжах ведущими симптомами являются цианоз, одышка, беспокойство, реже рвота, возникающие в результате смещения в полость перикарда петель кишечника

(Ответ А) Респираторные и сердечно-сосудистые нарушения для этого вида грыж нехарактерны

(Ответ Б) При френоперикардиальных грыжах ведущими симптомами являются цианоз, одышка, беспокойство,

(Ответ Г) При паастернальных грыжах и иногда возникают тошнота и рвота.

Задача 18.

Новорожденному ребенку 3-х дней жизни выполнили рентгенологическое исследование органов грудной клетки в связи с подозрением на диафрагмальную грыжу. Врач оценил рентгенологическую картину: плевральная полость заполнена внедрившимися петлями кишок, но рентгенологически доктор проследил верхний контур грыжевого мешка, ограничивающий пролабировавшие петли кишечника в грудную полость. Он считает, что у ребенка истинная грыжа. Ординатор уверен, что у ребенка ложная диафрагмальная грыжа.

Кто прав, врач или ординатор, по Вашему мнению?

- А. Ординатор прав.
- Б. Оба не правы. Это рентгенологическая картина диафрагмально-плевральной грыжи.

В. Врач не прав. Это паастернальная грыжа.

Г. Врач прав.

Правильный ответ: Г.

В данном случае врач прав. Отличить ложную диафрагмальную грыжу от истинной трудно, особенно если плевральная полость заполнена внедрившимися петлями кишок. Обычно при истинных грыжах удаётся рентгенологически проследить верхний контур грыжевого мешка, ограничивающий пролабировавшие петли кишечника в грудную полость. При паастернальной грыже диафрагмы выявляют тень полуовальной или грушевидной формы с крупноячеистыми кольцевидными просветлениями, проецирующимися на тень сердца в прямой проекции.

(Ответ А) Отличить ложную диафрагмальную грыжу от истинной трудно, особенно если плевральная полость заполнена внедрившимися петлями кишок. Обычно при истинных грыжах удаётся рентгенологически проследить верхний контур грыжевого мешка, ограничивающий пролабировавшие петли кишечника в грудную полость

(Ответ Б) Для диафрагмально-плевральных грыж характерны кольцевидные просветления над всей левой половиной грудной клетки, обычно имеющие пятнистый рисунок; прозрачность этих полостей более выражена на периферии.

(Ответ В) При паастернальной грыже диафрагмы выявляют тень полуовальной или грушевидной формы с крупноячеистыми кольцевидными просветлениями, проецирующими на тень сердца в прямой проекции.

Задача 19.

У новорожденного мальчика хирург выявил симптомы, характерные для врожденной грыжи диафрагмы. Врач назначил рентгенологическое обследование. Результаты: в плевральной полости имеется печень и петли кишечника, выраженное смещение средостения влево. Интерн уверен, что наличие в плевральной полости петель кишечника считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Прав ли интерн по Вашему мнению?

А. Да. Прав.

Б. Нет. Не прав, выраженное смещение средостения влево считается неблагоприятным прогностическим признаком.

В. Нет. Не прав. Выявление в грыжевом содержимом печени считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Г. Нет. Не прав, выраженное смещение средостения вправо считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Правильный ответ: В.

В данном случае интерн не прав. Выявление в грыжевом содержимом печени считается неблагоприятным прогностическим признаком.

(Ответ А) Выявление в грыжевом содержимом печени считается неблагоприятным прогностическим признаком.

(Ответ Б) Выявление в грыжевом содержимом печени считается неблагоприятным прогностическим признаком.

(Ответ Г) Выявление в грыжевом содержимом печени считается неблагоприятным прогностическим признаком.

Задача 20

У новорожденного ребенка врач диагностировал истинную грыжу купола диафрагмы. Ординатор считает, что истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются отсутствием мышечного слоя на ограниченном или значительном протяжении. Грыжевой мешок в данном случае образует участок истонченного купола диафрагмы, который в различной степени выпячивается в плевральную полость.

Правильно ли считает ординатор по Вашему мнению?

А. Нет. Это ложные грыжи купола диафрагмы характеризуются отсутствием мышечного слоя на ограниченном или значительном протяжении.

Б. Нет, не правильно, истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются наличием мышечного слоя на ограниченном протяжении.

В. Нет, не правильно, истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются наличием мышечного слоя на значительном протяжении.

Г. Да, правильно.

Правильный ответ: Г.

В данном случае ординатор прав. Истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются отсутствием мышечного слоя на ограниченном или значительном протяжении. Грыжевой мешок в данном случае образует участок истонченного купола диафрагмы, который, в различной степени, выпячивается в плевральную полость. При ложных грыжах наблюдается отсутствие части купола диафрагмы, в некоторых случаях дефект занимает практически весь купол (аплазия купола).

(Ответ А) При ложных грыжах наблюдается отсутствие части купола диафрагмы, в некоторых случаях дефект занимает практически весь купол (аплазия купола).

(Ответ Б) Истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются отсутствием мышечного слоя на ограниченном или значительном протяжении.

(Ответ В) Истинные грыжи купола диафрагмы характеризуются отсутствием мышечного слоя на ограниченном или значительном протяжении.

Задача 21.

Хирург осмотрел мальчика в возрасте 1 месяца. Мама жалуется на наличие у ребенка грубого звука различного тона. Ординатор уверен, что у ребенка ларингомаляция — «врожденный стридор». Врач интересуется у ординатора классификацией ларингомаляции. Ординатор считает, что анатомически выделяют три формы ларингомаляции: западение в просвет гортани "мягкого" надгортанника; ларингомаляция за счёт черпаловидных хрящев, при вдохе подтягивающих кверху или подтянутых кверху изначально, за счёт укороченной черпалонадгортанной складки; смешанная форма: в просвет дыхательных путей западают и надгортанник, и черпаловидные хрящи.

Прав ли ординатор в данном случае по Вашему мнению?

А. Нет. Не прав. При смешанной форме в просвет дыхательных путей западает только надгортанник.

Б. Да. Прав.

В. Нет. Не прав. При смешанной форме в просвет дыхательных путей западают только черпаловидные хрящи.

Г. Нет. Не прав. Анатомически выделяют две формы ларингомаляции: западение в просвет гортани "мягкого" надгортанника и ларингомаляция за счёт черпаловидных хрящев, при вдохе подтягивающих кверху или подтянутых кверху изначально, за счёт укороченной черпалонадгортанной складки.

Ответ: Б.

В данном случае ординатор прав. Анатомически выделяют три формы ларингомаляции: западение в просвет гортани "мягкого" надгортанника; ларингомаляция за счёт черпаловидных хрящев, при вдохе подтягивающих кверху или подтянутых кверху изначально, за счёт укороченной черпалонадгортанной складки; смешанная форма: в просвет дыхательных путей западают и надгортанник, и черпаловидные хрящи.

(Ответ А) смешанная форма: в просвет дыхательных путей западают и надгортанник, и черпаловидные хрящи

(Ответ В) смешанная форма: в просвет дыхательных путей западают и надгортанник, и черпаловидные хрящи

(Ответ Г) Анатомически выделяют три формы ларингомаляции: западение в просвет гортани "мягкого" надгортанника; ларингомаляция за счёт черпаловидных хрящей, при вдохе подтягивающих кверху или подтянутых кверху изначально, за счёт укороченной черпалонадгортанной складки; смешанная форма: в просвет дыхательных путей западают и надгортанник, и черпаловидные хрящи.

Задача 22.

В хирургическое отделение поступил ребенок 3-х недельного возраста с диагнозом «Врождённый паралич голосовых складок». Ординатор уверен, что причина паралича остаётся невыясненной, и его считают идиопатическим. Интерн убежден, что причиной паралича гортани может быть поражение ЦНС: кровоизлияния в желудочки мозга, менингоэнцефалоцеле, гидроцефалия, перинатальная энцефалопатия.

Прав ли интерн по Вашему мнению?

- А. Нет. Не прав. Паралич голосовых складок всегда идиопатический.
- Б. Нет. Не прав. Кровоизлияния в желудочки мозга не могут быть причиной паралича голосовых складок.
- В. Да. Прав.
- Г. Нет. не прав. Менингоэнцефалоцеле и гидроцефалия не могут быть причиной паралича голосовых складок.

Ответ: В.

В данном случае интерн прав. Обычно паралич гортани обнаруживают у детей с поражением ЦНС: кровоизлияния в желудочки мозга, менингоэнцефалоцеле, гидроцефалия, перинатальная энцефалопатия. Часто причина паралича остаётся невыясненной, и такой вид паралича голосовых складок считают идиопатическим.

(Ответ А) Обычно паралич гортани обнаруживают у детей с поражением ЦНС: кровоизлияния в желудочки мозга, менингоэнцефалоцеле, гидроцефалия, перинатальная энцефалопатия

(Ответ Б) Паралич гортани обнаруживают у детей не только с менингоэнцефалоцеле, гидроцефалией, перинатальной энцефалопатией, но и кровоизлияниями в желудочки мозга

(Ответ Г) Паралич гортани обнаруживают у детей не только кровоизлияниями в желудочки мозга, перинатальной энцефалопатией, но и с менингоэнцефалоцеле, гидроцефалия.

Задача 23

В отделении хирургии проходит занятие с интернами на тему «Врождённый стеноз гортани». Интерн убежден, что врождённый стеноз гортани встречается очень редко и характеризуется несоответствием просвета подголосового отдела гортани возрастному диаметру (менее 5,5 мм у новорождённых детей) при отсутствии в анамнезе эндотрахеальной интубации, внешней травмы шеи и других причин, приводящих к рубцовому стенозу гортани.

ни. Врождённый стеноз подголосового отдела гортани может сочетаться с другими пороками развития, такими, как паралич голосовых складок или синдромами, как, например, синдром Дауна.

Прав ли интерн по Вашему мнению?

А. Да. прав.

Б. Нет. не прав. Сужение гортани бывает только приобретенным: при наличии в анамнезе эндотрахеальной интубации, внешней травмы шеи и других причин, приводящих к рубцовому стенозу гортани.

В. Нет. Не прав. Врождённый стеноз подголосового отдела гортани бывает только изолированным и не сочетается с другими пороками развития.

Г. Да, но несоответствие просвета подголосового отдела гортани возрастному диаметру -менее 3,5 мм у новорождённых детей.

Ответ: Г.

В данном случае интерн прав, но врождённый стеноз гортани характеризуется несоответствием просвета подголосового отдела гортани возрастному диаметру -менее 3,5 мм у новорождённых детей. врождённый стеноз гортани встречается очень редко при отсутствии в анамнезе эндотрахеальной интубации, внешней травмы шеи и других причин, приводящих к рубцовому стенозу гортани. Врождённый стеноз подголосового отдела гортани может сочетаться с другими пороками развития, такими, как паралич голосовых складок или синдромами, как, например, синдром Дауна.

(Ответ А) Врождённый стеноз гортани характеризуется несоответствием просвета подголосового отдела гортани возрастному диаметру -менее 3,5 мм у новорождённых детей.

(Ответ Б) Врождённый стеноз гортани встречается очень редко и характеризуется отсутствием в анамнезе эндотрахеальной интубации, внешней травмы шеи и других причин, приводящих к рубцовому стенозу гортани.

(Ответ В) Врождённый стеноз подголосового отдела гортани может сочетаться с другими пороками развития, такими, как паралич голосовых складок или синдромами, как, например, синдром Дауна

Задача 24.

У ребенка возраста 4 месяца педиатр отмечает "петушиный крик", охриплость голоса и повторяющиеся крупозные состояния. Врач направил ребенка на осмотр хирурга и оториноларинголога, проведена ларингоскопия. Врачи поставили диагноз: Врождённые гортанные мембранны. Ординатор считает, что у ребенка полная атрезия гортани. Врач уверен, что локализации мембранны у ребенка в области голосовых складок.

Кто прав в данном случае, по Вашему мнению, врач или ординатор?

А. Врач.

Б. Оба не правы. Изменение голоса - "петушиный крик" - является признаком небольшой мембранны, локализующаяся только в области передней комиссюры

В. Ординатор.

Г. Оба не правы. У ребенка двусторонний паралич голосовых складок.

Ответ: Б.

В данном случае оба ошибаются. Небольшая мембрана, локализующаяся только в области передней комиссюры клинически проявляется лишь изменением голоса - "петушиный крик". Полная атрезия гортани совместима с жизнью только теоретически. При локализации мембранны в области голосовых складок возникают нарушения голоса вплоть до афоинии. Двусторонний паралич голосовых складок вызывает высокотональный стридор и афонию.

(Ответ А) У ребенка врожденные гортанные мембранны, но при локализации мембранны в области голосовых складок возникают нарушения голоса вплоть до афоинии.

(Ответ В) Полная атрезия гортани совместима с жизнью только теоретически

(Ответ Г) Двусторонний паралич голосовых складок вызывает высокотональный стридор и афонию.

Задача 25.

В отделение хирургии поступил ребенок 3-х лет с диагнозом «рубцовый стеноз гортани». В анамнезе-химический ожог гортани. Врач назначил эндопросветные методы лечения: бужирование. Ординатор уверен, что нужно провести хирургическое лечение- расширяющую ларингопластику с применением различных трансплантатов.

Прав ли ординатор в данном случае по Вашему мнению?

А. Да. Прав.

Б. Да, прав, но нужно выполнить резекцию гортани с прямым гортанно-трахеальным анастомозом.

В. Нет. Не прав. Лечение рубцовых стенозов гортани начинают с эндопросветных методов лечения.

Г. Нет. Не прав. Нужно выполнить криодеструкцию.

Ответ: В.

В данном случае ординатор не прав. Лечение рубцовых стенозов гортани начинают с эндопросветных методов лечения (бужирование, эндоскопическое иссечение мягкотканых образований, лазерное микрохирургическое лечение и криодеструкция).

Из хирургических методов лечения используют расширяющую ларингопластику с применением различных трансплантатов, резекцию гортани с прямым гортанно-трахеальным анастомозом.

(Ответ А) Лечение рубцовых стенозов гортани начинают с эндопросветных методов лечения (бужирование, эндоскопическое иссечение мягкотканых образований, лазерное микрохирургическое лечение и криодеструкция).

(Ответ Б) Лечение рубцовых стенозов гортани начинают с эндопросветных методов лечения (бужирование, эндоскопическое иссечение мягкотканых образований, лазерное микрохирургическое лечение и криодеструкция).

(Ответ Г) Лечение рубцовых стенозов гортани начинают с эндопросветных методов лечения, среди которых бужирование стоит на первом месте. Также к этим методам лечения относятся-эндоскопическое иссечение мягкотканых образований, лазерное микрохирургическое лечение и криодеструкция