

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 (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность

31.08.16 Детская хирургия

Этап программы ординатуры

Первый этап

Москва, 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.16 Детская хирургия, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Морозов Дмитрий Анатольевич	д.м.н.	зав. кафедрой инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР
2	Жарков Данила Анатольевич	к.м.н.	доцент кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР
3	Напольников Фёдор Константинович	к.м.н.	доцент кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР
5	Подгорный Андрей Николаевич	к.м.н.	доцент кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР
6	Пивнева Наталья Дмитриевна	к.м.н.	доцент кафедры инновационной педиатрии и детской хирургии ИНОПР

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры, протокол от «04» мая 2026 г. № 29.

Заведующий кафедрой

_____ Д.А. Морозов

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2.	Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3.	Описание критериев и шкал оценивания компетенций	51
4.	Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	52

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в первом этапе программы ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия.

Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СпВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-детский хирург (медицинская помощь в амбулаторных условиях)» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению первого этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

Результаты освоения программы первого этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в первом этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
--	--

Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
--	--

Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить медицинское обследование детей в целях выявления хирургических заболеваний, устанавливать диагноз в амбулаторных условиях
	ПК-2. Способен назначать лечение детям с хирургическими заболеваниями, контролировать его эффективность и безопасность в амбулаторных условиях
	ПК-3. Способен планировать и контролировать эффективность медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов в амбулаторных условиях
	ПК-4. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях
	ПК-5. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении детей с хирургическими заболеваниями в амбулаторных условиях
	ПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения в амбулаторных условиях
	ПК-7. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала в амбулаторных условиях
	ПК-8. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме в амбулаторных условиях

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

Объем государственной итоговой аттестации

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетных единиц (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

Структура государственной итоговой аттестации
Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Тестовые вопросы охватывают содержание пройденных дисциплин (модулей) учебного плана. Обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестирование отводится 60 минут. Тестирование проводится в аудиториях Университета в соответствии с расписанием.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить, как посредством устного повторения материала пройденных дисциплин (модулей) с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д., так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения первого этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Обучающему предлагается дать ответ на практические вопросы. В процессе ответов на вопросы обучающийся должен продемонстрировать следующие навыки: оценить жалобы, анамнез, сделать заключение о физическом развитии и состоянии ребенка, провести осмотр ребенка с хирургической патологией, сформулировать предварительный диагноз, сформировать и обосновать план лабораторного и(или) инструментального обследования ребенка с хирургической патологией, провести анализ результатов лабораторных и (или) инструментальных исследований, сделать заключение об изменениях, сформулировать клинический диагноз с учетом МКБ. Продемонстрировать навыки выполнения врачебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями. На проверку практических навыков и умений отводится 45 минут. Проверка практических навыков проводится на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.
Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения материала пройденных дисциплин (модулей) в части практических умений и навыков, полученных на семинарских (практических) занятиях и прохождения практической подготовки (в виде решения ситуационных задач)
3 этап - собеседование	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Собеседование включает в себя ответ на два теоретических вопроса и решение одной ситуационной задачи междисциплинарного характера. В процессе собеседования обучающемуся задаются уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена. На собеседование отводится 45 минут. Собеседование может проводиться как в аудиториях Университета, так и на клинических базах Университета – местах прохождения практической подготовки.

Рекомендации по подготовке	Подготовку рекомендуется проводить посредством повторения пройденного материала в период изучения дисциплин (модулей) и прохождения практической подготовки (в виде решения профессиональных задач в реальных условиях, выполняемых под руководством руководителя практической подготовки, повторение зафиксированного материала в дневнике и отчете о прохождении практики)
----------------------------	--

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

Тестовые задания (1 этап)

1	3
1	Отсутствие на рентгенограмме газового пузыря желудка отмечается при:
	Грыже пищеводного отверстия диафрагмы
	Врожденном коротком пищеводе
	Безсвищевой атрезии пищевода
	Атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
2	Для исключения атрезии пищевода у новорожденного первым исследованием является
	Проба Элефанта
	Зондирование
	Фиброэзофагогастроскопия
	Рентгенография грудной клетки
3	При подозрении на инвагинацию кишечника более полные сведения даёт:
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
	Пневмоирригография
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
	Пальцевое исследование через прямую кишку
4	Для диагностики гипертрофического пилоростеноза в настоящее время в основном используют:
	Гастродуоденоскопию
	Ультразвуковое исследование желудка
	Гастрографию с бариевой взвесью в латеропозиции
	Пальпацию пилорического отдела желудка под наркозом
5	Наличие на обзорной рентгенограмме симптома «double bubble» доказывает:
	Атрезию пилорического канала
	Атрезию подвздошной кишки

	Острую форму болезни Гиршпрунга
	Атрезию 12-перстной кишки
6	В диагностике синдрома Ледда важное значение принадлежит:
	Обзорной рентгенографии брюшной полости
	Ирригографии кишечника
	Инвертографии по Каковичу-Вангенстину-Райсу
	Рентгенографии с пероральным применением сульфата бария
7	Проба Фарбера в первые 2 суток жизни новорожденного позволяет подтвердить диагноз:
	Кистофиброза поджелудочной железы
	Частичной непроходимости кишечника
	Полной непроходимости кишечника
	Псевдоокклюзионного синдрома недоношенных
8	Боковая инвертограмма у новорожденного с аноректальной мальформацией без свища должна быть сделана через 18-20 часов для определения:
	Величины аноректального угла и степени мегаколон
	Расстояния между прямой кишкой и промежностью
	Функциональных особенностей дистального отдела кишечника
	Уточнения анатомического варианта аноректальной мальформации
9	Для определения высоты расположения прямой кишки при свищевых формах ее атрезии используют:
	Контрастное исследование кишки через свищ
	Исследование свищевого хода пуговчатым зондом
	Боковую инвертографию по Каковичу-Вангенстину-Райсу
	Электромиографию наружного сфинктера на промежности
10	Проба Рувилюа-Грегуара предназначена для определения:
	Количества воздуха в плевральной полости
	Степени дыхательной недостаточности
	Количества свободной жидкости в брюшной полости
	Продолжающегося кровотечения
11	Вульнерография является методом контрастной рентгенографии:
	Мочеиспускательного канала
	Желчных протоков
	Раневого канала
	Персистирующего урахуса
12	При боковых свищах шеи необходимым элементом операции является:
	Выделение свища до поверхностной фасции
	Выделение свища до боковой стенки глотки
	Перевязка главного сосудисто-нервного пучка шеи

	Иссечение свища с ушиванием отверстия на коже
13	Характерным клиническим признаком типичной бедренной грыжи у детей считается наличие:
	Грыжевого выпячивания выше бедренно-пахового сгиба
	Грыжевого выпячивания ниже пупартовой связки
	Болей внизу живота при ходьбе или физической нагрузке
	Различных расстройств функции желудочно-кишечного тракта
14	К факторам, определяющим особенности течения гнойной инфекции у новорожденных, не относится:
	Относительная незрелость органов и тканей
	Повышенная проницаемость естественных барьеров
	Склонность к отграничению очага инфекции
	Генерализованный характер реакций на инфекцию
15	Местное лечение гнойного омфалита у новорожденных предполагает:
	Пункцию очага размягчения с введением раствора антибиотика
	Радиарные разрезы в зоне гиперемии вокруг пупка
	Окаймляющий разрез в зоне гиперемии пупочного кольца
	Радикальное иссечение некротизированной ткани пупочного валика
16	Местное лечение гнойного мастита у новорожденных заключается в выполнении:
	Пункции абсцесса с аспирацией гноя и введением в полость ферментных препаратов
	Ретромаммарного полуовального разреза по нижней переходной складке железы с «проточным» промыванием гнойника
	Субареолярного радиального разреза с дренированием гнойного очага
	Радикального иссечения некротических тканей с аппликацией на рану вакуумной повязки
17	У недоношенных новорожденных детей причиной сепсиса чаще является:
	Некротический энтероколит
	Флегмонозная форма омфалита
	Некротическая флегмона новорожденных
	Остеомиелит длинных трубчатых костей
18	У доношенных новорожденных детей причиной сепсиса чаще является:
	Мастит новорожденных
	Некротический энтероколит
	Гнойный омфалит
	Остеомиелит длинных трубчатых костей
19	Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является:
	Остро протекающая гнойно-резорбтивная лихорадка
	Снижение иммунологической реактивности организма
	Циркуляция в кровеносной системе микроорганизмов

	Наличие метастатических гнойных очагов
20	Формы клинического течения острого гематогенного остеомиелита по классификации Т.П. Краснобаева:
	Токсическая, септикопиемическая, местная
	Идиопатическая, токсикосептическая, местная
	Септическая, септикопиемическая, гиподинамическая
	Адинамическая, септикопиемическая, местная
21	Характерной особенностью течения острого гематогенного остеомиелита у детей до двух лет является:
	Стертость местных клинических проявлений
	Поражение двух метаэпифизов трубчатой кости
	Септико-пиемическая форма заболевания
	Мозаичное поражение губчатых костей позвоночника
22	Поражение какого отдела трубчатой кости характерно для новорожденных и детей до двух лет при остром гематогенном остеомиелите?
	Эпифиза
	Метадиафиза
	Метаэпифиза
	Суставного хряща
23	Поражение какого отдела трубчатой кости характерно для детей старше трёх лет при остром гематогенном остеомиелите?
	Проксимального эпифиза
	Метадиафиза
	Средней трети диафиза
	Дистального метаэпифиза
24	Наиболее ранним клиническим симптомом острого гематогенного остеомиелита у новорожденных является:
	Местное повышение температуры
	Пастозность мягких тканей, окружающих сустав
	Псевдопарез конечности
	Локальное усиление сосудистого рисунка
25	Оптимальным сроком для операции при остром гематогенном остеомиелите следует считать срок не позднее — дней от начала заболевания
	3
	7
	10
	15

26	Наиболее ранним косвенным рентгенологическим признаком эпифизарного остеомиелита является:
	Разрежения структуры ядра окостенения
	Утолщение прилежащих мягких тканей
	Неровности контуров кортикального слоя диафиза
	Неоднородности структуры метаэпифизарной зоны
27	К первым рентгенологическим признакам острого остеомиелита у детей старшего возраста относятся:
	Участки неравномерного остеосклероза и линейный периостит
	Периостальные остеофиты и деформация метадиафиза кости
	Мелкогнездный остеопороз и периостальная реакция
	Очаговые деструкции костной ткани и мелкие секвестры в полости
28	При подозрении на эпифизарный остеомиелит ребенку показана:
	Артротомия без дренирования полости сустава
	Диагностическая пункция сустава
	Остеопункция с измерением внутрикостного давления
	Остеопункция с чрескожным дренированием полости сустава
29	Наиболее рациональным методом местного лечения ребенка с эпифизарным остеомиелитом является:
	Остеоперфорация с проточным промыванием костномозгового канала
	Артротомия с дренированием полости сустава микроиригатором
	«Щадящая» остеоперфорация кости без санации гнойного артрита
	Повторная пункция сустава с введением антибиотиков
30	При получении пассивного кровотечения из костно-мозгового канала при диагностической остеоперфорации у больного с подозрением на острый гематогенный действия хирурга включают:
	Измерение внутрикостного давления
	Дополнительные остеоперфорации
	Проточное промывание костномозгового канала
	Чрескожное дренирование резиновым выпускником
31	Получение гноя при диагностической остеоперфорации у ребенка с подозрением на острый гематогенный остеомиелит является показанием к:
	Измерению внутрикостного давления
	Чрескожному дренированию гнойного очага
	Дополнительной остеоперфорации
	Проточному промыванию костномозгового канала
32	Получение гноя под давлением при остеоперфорациях у больного с острым остеомиелитом является показанием к:
	Измерению внутрикостного давления

	Введению внутрикостно антибиотиков
	Ушиванию раны до резиновых выпускников
	Проточно-аспирационному промыванию костномозгового канала
33	К наиболее типичным рентгенологическим признакам хронического остеомиелита относятся:
	Участки неравномерного остеосклероза, пятнистого остеопороза
	Остеосклероз, секвестры, облитерация костного канала
	Размытость и нечеткость кортикального слоя пораженной кости
	Периостальная реакция, уплотнение структуры параоссальных тканей
34	Лечение хронического гематогенного остеомиелита заключается в:
	Кюретаже секвестральной капсулы после секвестрэктомии
	Секвестрэктомии и внутрикостной инфузии раствора антибиотика
	Резекции кости с секвестром и секвестральной коробкой
	Выполнении секвестральной полости гемостатической губкой
35	Наиболее часто встречается атрезия пищевода с:
	Дистальным трахеопищеводным свищом
	Проксимальным трахеопищеводным свищом
	Проксимальным и дистальным трахеопищеводными свищами
	Наличием двух слепо заканчивающихся сегментов пищевода
36	Ведущими признаками атрезии пищевода являются:
	Вздутие живота, интенсивные срыгивания створоженным молоком
	Разлитой цианоз, множественные хрипы в легких при аускультации
	Метеоризм кишечника, рвота фонтаном большим объёмом молока
	Пенистые выделения изо рта, положительная проба Элефанта
37	Ведущим симптомом при ахалазии пищевода является:
	Рецидивирующая пневмония
	Рвота с желудочным содержимым
	Затрудненное проглатывание пищи
	Пищеводная рвота
38	Рентгенологическим признаком ахалазии кардии пищевода является:
	Заброс контрастного вещества из желудка в пищевод
	Симптом «пламени перевернутой свечи»
	Замедленная эвакуация контрастного содержимого из желудка
	Визуализация части желудка выше уровня диафрагмы
39	При каком виде диафрагмальной грыжи чаще возникает синдром «асфиктического ущемления»?
	Ложной грыже
	Истинной грыже купола диафрагмы

	Грыже пищеводного отверстия диафрагмы
	Грыже переднего отдела диафрагмы
40	Абсолютно патогномичным симптомом при грыжах диафрагмы является:
	Смещение органов средостения в больную сторону
	Низкое стояние купола диафрагмы на стороне поражения
	Шум кишечной перистальтики в грудной клетке
	Отсутствие приступов дыхательной недостаточности
41	При какой грыже диафрагмы симптом рвоты и срыгивания является ведущим?
	Ретростернальной истинной грыже
	Грыже пищеводного отверстия
	Ретрокопостернальной грыже Ларрея-Морганьи
	Люмбокопостальной грыже Бокдалека
42	Рентгенологическим признаком грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
	Замедленная эвакуация контрастного содержимого из желудка
	Задержка эвакуации контрастного вещества из пищевода в желудок
	Визуализация части желудка выше уровня диафрагмы
	Заброс контрастного вещества из желудка в просвет пищевода
43	Отличие агенезии легкого от его аплазии состоит в:
	Врожденном недоразвитии трахеи и бронхов
	Врожденном недоразвитии паренхимы легкого
	Отсутствии легкого и главного бронха
	Недоразвитии всех структурных элементов легкого
44	Вуалеподобное затемнение половины грудной полости без смещения срединной тени на рентгенограмме соответствует:
	Тотальной эмпиеме плевры
	Осумкованному плевриту
	Плассевидному плевриту
	Буллезной деструкции легких
45	Тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в пораженную сторону является рентгенологическим признаком:
	Плассевидного плеврита
	Ателектаза легкого
	Отграниченного пиопневмоторакса
	Эмпиемы плевры с деструкцией легкого
46	Смещение средостения в непораженную сторону, большой воздушный пузырь в плевральной полости, коллабирующий легкое, позволяют заподозрить:
	Напряженный пневмоторакс
	Напряженный пиопневмоторакс

	Распространённую эмпиему плевры
	Гигантский кортикальный абсцесс
47	Горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непоражённую сторону соответствует:
	Отграниченному пиопневмотораксу
	Напряжённому гидропневмотораксу
	Клапанному (напряжённому) пневмотораксу
	Буллезной форме бактериальной деструкции легких
48	При плащевидном (экссудативном) плеврите лечение предусматривает:
	Дренирование плевральной полости по Бюлау
	Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
	Пункцию плевральной полости
	Интенсивную терапию без вмешательства в гнойный очаг
49	При тотальной эмпиеме плевры лечение предусматривает:
	Торакотомию с ревизией плевральной полости
	Торакоскопию с ультразвуковой санацией
	Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
	Интенсивную терапию без вмешательства в очаг
50	Методом лечения парциального пневмоторакса является:
	Плевральная пункция
	Дренирование плевральной полости по Бюлау
	Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
	Интенсивная терапия без вмешательства в грудную полость
51	При напряжённом пневмотораксе необходимо выполнить:
	Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
	Дренирование плевральной полости по Бюлау
	Бронхоблокаду с аспирационным дренированием плевральной полости
	Бронхоблокаду с дренированием плевральной полости по Бюлау
52	Методом ликвидации напряжённого пневмоторакса с большим бронхоплевральным свищом является:
	Дренирование плевральной полости по Бюлау
	Дренирование плевральной полости с активной аспирацией
	Временная окклюзия поражённого бронха
	Декортикация легкого с ушиванием бронхиального свища
53	При ожогах пищевода какой степени показано профилактическое его бужирование?
	I и II
	II и III
	I, II и III

	только при III
54	При овотестис нельзя выполнять:
	Удаление дисгенетичной стрековой гонады
	Низведение гонады в паховую область
	Лапароскопическую биопсию фрагментов гонады
	Сепарацию с удалением тестикулярного отсека гонады
55	При обнаружении у девочки при операции по поводу паховой грыжи в содержимом грыжевого мешка яичка, можно заподозрить:
	Синдром незавершённой маскулинизации
	Синдром тестикулярной феминизации
	Смешанную, ассиметричную форму дисгенезию гонад
	Ложный женский гермафродитизм ненадпочечникового генеза
56	Пациентам с неосложнённым эпителиальным копчиковым ходом (ЭКХ) выполняется:
	Иссечение ЭКХ с ушиванием раны наглухо
	Иссечение ЭКХ с пластикой раны перемещенными кожными лоскутами
	Двухэтапное хирургическое лечение ЭКХ с открытым ведением раны
	Иссечение ЭКХ с подшиванием кожи ко дну раны - марсупиализация
57	Наиболее характерным признаком свища в мочевую систему при атрезии прямой кишки у детей является:
	Отхождение газов через уретру
	Отхождение мекония с мочой
	Выделение газов и мекония из уретры при надавливании на живот
	Наличие газа в мочевом пузыре при рентгенологическом исследовании
58	Какую форму атрезии прямой кишки позволяет заподозрить положительный «симптом толчка» при крике ребёнка?
	Низкую
	Высокую
	Промежуточную
	Свищевую
59	Симптом «мекониевой пигментации» Мурашова наблюдается при:
	Надлежательной атрезии прямой кишки
	Подлежательной атрезии прямой кишки
	Прикрытом анальном отверстии
	Свищевой форме аноректального порока
60	У ребенка с отсутствием ануса целесообразно выполнить боковую инвертограмму по Вангенстин («cross-table») через — часов после рождения:
	6 – 8
	10 – 12

	18 – 20
	36 – 48
61	В основе болезни Гиршпрунга лежит ——— толстой кишки:
	Врождённый аганглиоз
	Гипертрофия мышечного слоя
	Поражение подслизистого и слизистого слоев
	Токсическая дилатация дистальных отделов
62	При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у младенца целесообразно выполнить:
	Ирригографию бариевой смесью
	Боковую инвертографию по Вангенстин-Райс
	Электромиографию наружного сфинктера на промежности
	Определение активности тканевой ацетилхолинэстеразы
63	При хронической течения болезни Гиршпрунга операцию выполняют в возрасте:
	3 – 6 мес.
	6 – 12 мес.
	12 – 18 мес.
	24 – 36 мес.
64	Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:
	Ювенильный полипоз
	Анальная трещина
	Неспецифический язвенный колит
	Кавернозная гемангиома слизистой
65	К аномалиям нарушения I периода внутриутробного поворота кишечника относят:
	Дивертикул Меккеля
	Гастрошизис
	Омфалоцеле
	Неполный свищ пупка
66	Наиболее частой формой нарушений 2 этапа внутриутробного поворота кишечника является:
	Синдром Ледда
	Болезнь Гиршпрунга
	Атрезия тощей/подвздошной кишки
	Высокое положение слепой кишки
67	Следствием преждевременной инволюции правой пупочной вены на ранних этапах гестации является:
	Омфалоцеле
	Гастрошизис

	Дивертикул Меккеля
	Неполный свищ пупка
68	Грыжевой мешок при грыже пупочного канатика представлен:
	Растянутой брюшиной, кожей и апоневрозом
	Брюшиной, амниотическими оболочками, кожей
	Амнионом, вартоновым студнем, брюшиной
	Амнионом, расщепленными мышцами передней брюшной стенки, брюшиной
69	Основным отличием гастрошизиса от омфалоцеле является наличие:
	Печени в составе содержимого грыжевого мешка
	Нормально сформированной пуповины
	Дефекта передней брюшной стенки более 3 см в диаметре
	Нормального прикрепления брыжейки тонкого кишечника
72	Клинические симптомы пилоростеноза обычно выявляются на __ неделе жизни:
	1 – 2
	2 – 4
	5 – 7
	8 – 12
	Ответ: 2
73	Достоверным рентгенологическим признаком пилоростеноза является:
	Поступление контрастного вещества мелкими порциями по кишечнику
	Повышенный рельеф слизистой желудка и привратника
	Суженный пилорический канал (синдром «клюва»)
	Задержка эвакуации контрастного вещества из желудка от 3 до 24 часов
74	Основным клиническим проявлением пилороспазма является:
	Рвота в горизонтальном положении младенца
	Рвота створоженным молоком с 3-4 недель жизни
	Срыгивания молоком с самого рождения
	Крикливое беспокойное поведение ребенка
75	Основным клиническим отличием полной атрезии 12-перстной кишки ниже фатерова сосочка от атрезии выше фатерова сосочка является:
	Безболезненная пальпация живота
	Отсутствие стула после отхождения мекония
	Вздутие верхних и западение нижних отделов живота
	Рвота с зеленью и желчью
76	Двумя ведущими клиническими симптомами врожденной низкой кишечной непроходимости у новорожденных являются:
	Выраженное вздутие живота и отсутствие стула, газов
	Отсутствие мекония и рвота с 3-го дня жизни

	«Каловая» рвота на 3-4 сутки и усиленная перистальтика кишечника
	Мекониальный характер рвоты и симметричное вздутие живота
77	Рентгенологическими признаками врожденной низкой кишечной непроходимости являются:
	Равномерно перераздутые петли кишечника
	Петли кишечника с отсутствием газонаполнения
	Множественные мелкие уровни жидкости
	Единичные широкие уровни жидкости (чаши Клойбера)
78	Наиболее характерными рентгенологическими признаками для паретической непроходимости кишечника являются:
	Неравномерное газонаполнение петель кишечника
	Множественные мелкие уровни жидкости
	Единичные широкие уровни жидкости (чаши Клойбера)
	Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
80	Высокая странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного возникает при:
	Атрезии двенадцатиперстной кишки
	Болезни Гиршпрунга
	Синдроме Ледда
	Меконеальной кишечной непроходимости
81	Операция у новорожденного с синдромом Ледда должна быть закончена:
	Аппендэктомией
	Ликвидацией заворота кишечника
	Рассечением эмбриональных тяжей
	Помещением слепой кишки в левую подвздошную область
82	Наличие «немой» зоны на обзорной рентгенограмме брюшной полости у новорожденного с рвотой подтверждает диагноз:
	Острой формы болезни Гиршпрунга
	Незавершенного поворота средней кишки
	Атрезии тонкой кишки
	Кольцевидной поджелудочной железы
83	Наиболее частой причиной развития перитонита у новорожденных является:
	Внутриутробное инфицирование
	Некротический энтероколит
	Заменное переливание крови
	Пороки развития стенки кишки
84	К клиническим признакам I стадии некротического энтероколита по Bell's относится:
	Незначительное вздутие живота
	Отсутствие перистальтики кишечника

	Болезненность живота с напряжением мышц передней стенки
	Пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
85	К клиническим признакам II стадии некротического энтероколита по Bell's относится:
	усиленная активность перистальтики кишечника
	вздутие живота с локальной болезненностью
	рвота с желчью и кишечным содержимым с каловым запахом
	отек и гиперемия передней брюшной стенки, асцит
86	Рентгенологическим признаком некротического энтероколита II стадии по Bell's является:
	Равномерное повышение газонаполнение кишечной трубки
	Уровни жидкости в расширенных кишечных петлях
	Выпрямление контуров кишечных петель в области поражения
	Пневматоз кишечной стенки на фоне локального затемнения брюшной полости
87	При некротическом энтероколите на стадии предперфорации III-A по Bell's нет:
	Рвоты с желчью и кишечным содержимым
	Вздутого, болезненного живота
	Отека и гиперемии передней брюшной стенки
	Отсутствия печеночной тупости
88	Рентгенологическим признаком некротического энтероколита на стадии перфорации III-A стадии по Bell's относится:
	Свободный газ в брюшной полости
	Гидроперитонеум
	Неравномерное газонаполнение с уровнями жидкости
	Равномерное повышение газонаполнение кишечной трубки
89	К клиническим признакам III-B стадии некротического энтероколита по Bell's относится:
	Отсутствие печеночной тупости
	Вздутие живота с локальной болезненностью
	Частый стул с патологическим содержимым
	Пастозность нижних отделов брюшной стенки и наружных половых органов
90	Некротический энтероколит на стадии перфорации III-B по Bell's рентгенологически проявляется:
	Неравномерным газонаполнением петель кишечника
	Повышенным равномерным газонаполнением кишечной трубки
	Свободным газом в брюшной полости
	Наличием уровней жидкости в расширенных петлях кишечника
91	Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации кишечника у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом является:
	Жидкость в брюшной полости
	Симптом «мыльной пены»

	Повышенное газонаполнение кишечной трубки
	Множественные разнокалиберные уровни жидкости в петлях кишок
92	
	Наиболее прогностически неблагоприятным рентгенологическим признаком некротического энтероколита у новорожденных является:
	Гидропневмоперитонеум
	Пневматоз кишечника
	Статичная петля кишки
	Газ в воротной вене
93	Экстренное хирургическое лечение полного свища желточного протока показано при:
	Мацерации кожи вокруг пупка
	Инфицировании свищевого хода
	Потери кишечного содержимого
	Эвагинации кишечника
94	К какой форме кишечной непроходимости относится инвагинация кишечника?
	Обтурационной
	Странгуляционной
	Смешанной
	Паралитической
95	Не нарушается кровоснабжение в брыжейке кишки при:
	Завороте
	Обтурации
	Инвагинации
	Ущемлении
96	Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:
	Возрастная дискоординация перистальтики
	Органическая (дивертикул, полип, опухоль)
	Изменение или нарушение режима питания
	Диспепсия при респираторно-вирусной инфекции
97	Классическая триада симптомов инвагинации кишки включает:
	Боли в правой подвздошной области, мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга
	Схваткообразные боли, симметричное вздутие живота, видимая на глаз перистальтика кишечника
	Схваткообразные боли, инвагинат в брюшной полости и стул в виде малинового желе
	Быстро нарастающий выпот в брюшной полости, асимметричное вздутие живота и нефекалоидная рвота
98	Попытка консервативного расправления инвагината кишечника у детей возможна в первые — часов от начала заболевания:

	6 – 12
	12 – 18
	20 – 24
	36 – 48
99	Наличие тонко–тонкокишечной инвагинации является показанием к проведению:
	Исследования кишечника с бариевой взвесью
	Консервативного расправления
	Операции в плановом порядке
	Немедленной операции
100	Атрезия желчевыводящих путей характеризуется триадой симптомов:
	Желтуха, гипербилирубинемия за счет не прямой фракции, ахоличный стул
	Желтуха, гипербилирубинемия за счет прямой фракции, ахоличный стул
	Желтуха с нарушением осмотической стойкости эритроцитов, окраска мочи и кала обычная
	Желтуха, повышение непрямого билирубина, несовместимость групп крови с матерью
101	К некорректируемым порокам развития желчевыводящих путей относится:
	Отсутствие протоков в воротах печени
	Атрезия дистального отдела общего желчного протока
	Нарушение проходимости главного печеночного протока
	Кистозное расширение общего желчного протока
102	К корректируемым порокам развития желчевыводящих путей относится:
	Атрезия дистального отдела общего желчного протока
	Полное замещение протоков в воротах печени фиброзной тканью
	Гипоплазия междольковых внутрипеченочных желчных протоков
	Множественные кистозные расширения внутрипеченочных желчных протоков
103	Классическая триада симптомов кисты общего желчного протока у детей включает:
	Явления холангита, повышение температуры тела, гипербилирубинемия
	Боли в животе, желтуху, объемное образование в правом подреберье
	Множественную рвоту с желчью, транзиторную желтуху, ахоличный стул
	Рвоту, желтуху, умеренное напряжение мышц в правой верхней части живота
104	Операцией выбора у детей с кистой общего желчного протока является:
	Наружное дренирование кисты путем наложения холецистостомы
	Цистоюноанастомоз на отключенной петле по Ру
	Внутреннее дренирование кисты через 12-перстную или тонкую кишку
	Супрадуоденальный холедохостомодуоденоанастомоз по Финстереру
105	Какая форма портальной гипертензии чаще встречается в детском возрасте?
	Надпеченочная
	Внутрипеченочная

	Внепеченочная
	Комбинированная
106	Причиной внепеченочной портальной гипертензии у детей часто служит:
	Аномалия строения воротной вены
	Тромбоз воротной вены
	Атрезия внепеченочных желчных протоков
	Ангиодисплазия венозных сплетений пищевода
107	Причиной внутрипеченочной портальной гипертензии часто являются:
	тромбоз воротной вены
	трансформация воротной вены
	флебит портальной вены
	хронический гепатит
108	Манифестирующим симптомом портальной гипертензии является:
	Интермиттирующий характер желтухи
	Кровотечение из вен пищевода
	Коллатеральная венозная сеть около пупка
	Болезненные ощущения в проекции увеличенной печени
109	Постоянный симптом внепеченочной формы портальной гипертензии:
	Спленомегалия
	Иктеричность склер
	Гепатоспленомегалия
	Увеличение размеров живота
110	Для остановки массивного кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используют:
	Спленэктомия с имплантацией пульпы
	Эндоскопическое лигирование варикозных узлов
	Зонд-обтуратор Блекмора
	Лапаротомию с прошиванием вен желудка
111	Основной метод лечения внутрипеченочной портальной гипертензии у детей:
	Трансплантация печени
	Операции деваскуляризации
	Эндоскопическое склерозирование вен
	Операции портосистемного шунтирования
112	Радикальным методом лечения при внепеченочной портальной гипертензии у детей является:
	Эндоскопическое склерозирование вен пищевода
	Эндоскопическое лигирование варикозных узлов пищевода
	Портосистемное шунтирование

	Спленэктомия с деваскуляризацией желудка и нижней трети пищевода
113	Самое частое проявление дивертикула Меккеля:
	Кровотечение
	Кишечная непроходимость
	Тромбофлебит пупочной вены
	Малигнизация эктопированной ткани
114	К особенностям клинического течения острого аппендицита у детей до 3-х лет относится:
	Преобладание общих симптомов над местными
	Преобладание местных симптомов над общими расстройствами
	Боль в животе с чёткой локализацией, сопровождается рвотой
	Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы вправо
115	Основными симптомами острого аппендицита у детей являются:
	Локальная боль в эпи- и мезогастрии, субфебрильная температура и рвота с примесью желчи
	Напряжение мышц брюшной стенки, высокая фебрильная температура и многократная рвота
	Боль, локальная болезненность и мышечное напряжение в правой подвздошной области
	Многократная рвота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга и неустойчивый стул
116	Симптом острого аппендицита в виде усиления локальной болезненности при пальпации правой подвздошной области впервые описал:
	Образцов
	Филатов
	Ситковский
	Воскресенский
117	Симптом острого аппендицита в виде усиления болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки впервые описал:
	Образцов
	Воскресенский
	Ровзинг
	Ситковский
118	Усиления боли при быстром отнятии руки при пальпации правой подвздошной области характерно для симптома:
	Бартомье – Михельсона
	Щеткина – Блюмберга
	Макензи – Ливингстона
	Отта – Ортнера – Ситковского
119	Симптом острого аппендицита в виде усиления болей в правой подвздошной области при пальпации в положении больного на левом боку впервые описали:

	Образцов – Мельтзер
	Краснобаев – Сомнер
	Бартомье – Михельсон
	Мендель – Мерфи – Раздольский
120	Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком с подозрением на острый аппендицит в условиях стационара ограничена:
	6 часами
	12 часами
	18 часами
	24 часами
121	Ранняя спаечная кишечная непроходимость может развиваться после оперативного вмешательства в сроки до:
	3 – 4 недель
	4 – 6 недель
	8 – 10 недель
	10 – 12 недель
122	Консервативную терапию при ранней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:
	3 – 6 часов
	6 – 12 часов
	12 – 24 часов
	24 – 48 часов
123	Консервативную терапию при поздней спаечной кишечной непроходимости следует проводить в течение:
	3 – 6 часов
	6 – 12 часов
	12 – 24 часов
	24 – 48 часов
124	Критерием эффективности консервативных мероприятий при кишечной непроходимости является:
	Прекращение рвоты и приступообразных болей в животе
	Нормализация температуры тела и показателей анализа крови
	Исчезновение чаш Клойбера на рентгенограмме брюшной полости
	Восстановление отхождения газов и стула
125	Консервативное вправление ущемленной паховой или пахово-мошоночной грыжи допускается у мальчиков при сроках ущемления до:
	2 – 3 часов
	4 – 6 часов
	8 – 12 часов

	12 – 24 часов
126	О жизнеспособности ущемленной кишки свидетельствует:
	Размеры приводящей петли кишки
	Отсутствие выпота в брюшной полости
	Наличие в просвете кишки жидкости
	Наличие перистальтики кишки
127	Наличие ущемленной паховой грыжи у девочек является показанием к срочной операции в связи с угрозой развития:
	Некроза сдавленной петли кишки
	Некроза придатков матки
	Некроза стенки мочевого пузыря
	Острой кишечной непроходимости
128	Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
	Сам факт исчезновения грыжевого выпячивания
	Появление перитонеальных признаков
	Утолщение семенного канатика на стороне грыжи
	Сохранение болевого синдрома в области грыжевых ворот
129	Основным ультразвуковым признаком почечной колики является:
	Дилатация чашечно-лоханочной системы
	Гипоэхогенное образование в собирательной системе
	Округлое эхонегативное образование с тонкой стенкой
	Солидное образование с четкими контурами без акустической тени
130	Характерным симптомом паховой ретенции яичка является:
	Трансверзальное расположение яичка в мошонке
	Смещение яичка по ходу пахового канала
	Изменение венозных сосудов тестикулы при пальпации
	Просвечивание образования в паховом канале при диафаноскопии
131	Яичко при паховой эктопии:
	Может быть в мошонке, но в противоположной ее стороне
	В течение дня может подниматься и снова опускаться в мошонку
	Располагается под кожей и смещается к бедру
	Просвечивается в паховом канале при диафаноскопии
132	Основным принципом орхопексии является:
	Пересечение кремастерной мышцы, поднимающей яичко
	Низведение яичка без натяжения его элементов
	Надежная фиксации низведенного яичка к мясистой оболочке
	Фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

133	Варикоцеле характеризуется расширением вен:
	Нижних конечностей
	Семенного канатика
	Дистального отдела пищевода
	Аркуатного сплетения матки
134	Причиной возникновения идиопатического варикоцеле слева часто является:
	Дефект клапанного аппарата яичковой вены
	Наличие артерио-венозной фистулы
	Аорто-мезентериальный «пинцет»
	Стеноз почечной вены и почечная венная гипертензия
135	Отличие операции иванисевича от паломо состоит в перевязке:
	Только вен
	Артерии и вен семенного канатика
	Артерии, вен и лимфатических сосудов
	Семявыносящего протока
136	К симптомам синдрома «острой мошонки» относятся:
	Боль, отёчность и накопление жидкости в полости мошонки
	Отёчность, увеличение мошонки и болезненность яичек
	Гиперемия, болезненность мошонки и увеличение паховых лимфоузлов
	Боль, отёчность и гиперемия половины мошонки
137	Синдром «отёчной мошонки» не наблюдается при:
	Перекруте яичка или придатка
	Некрозе морганиевой гидатиды яичка
	Ущемленной паховой грыже
	Тромбозе сосудов семенного канатика
138	При синдроме «отёчной мошонки» проводится:
	Местное охлаждение мошонки
	Иммобилизация путем наложения суспензория
	Блокада элементов семенного канатика
	Срочная операция
139	Вариантом догоспитальной помощи при перекруте яичка на ранней стадии заболевания является:
	Холодный компресс на область мошонки
	Суспензорий с мазью Вишневского
	Мануальное раскручивание яичка
	Новокаиновая блокада семенного канатика
140	Для повреждения почки характерна триада клинических симптомов:

	Припухлость в поясничной области, гематурия, гипертермия
	Боль, припухлость поясничной области, гематурия
	Повышение артериального давления, боль, гематурия
	Низкое артериального давления, гематурия, лейкоцитурия
141	Абсолютным показанием для экстренной ревизии почки при ее травме является:
	Профузная гематурия с нарастанием урогематомы
	Опасность «двухфазного» субкапсульного разрыва почки
	Отрыв полюса почки с экстравазацией мочи и стойкой уриномой
	Макрогематурия при стабильных гемодинамических показателях
142	Основными симптомами внебрюшинного разрыва мочевого пузыря являются:
	Олигурия, притупление в отлогих местах, мочевого перитонит
	Гематурия, дизурия, паравезикальная гематома
	Боль, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки
	Пиурия, гематурия, повышение температуры тела
143	Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря являются:
	Острая задержка мочи, паравезикальная урогематома, профузная макрогематурия
	Отсутствие мочеиспускания, притупление в отлогих местах, мочевого перитонит
	Перелом костей таза со смещением, острая задержка мочи, высокая температура тела
	Вздутие живота, боль, мочевого инфильтрация околопузырной клетчатки в зоне травмы
144	При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря обязательным исследованием является:
	Катетеризация мочевого пузыря
	Экскреторная урография
	Цистография
	Проба Зельдовича
145	Характерным рентгенологическим признаком внебрюшинного разрыва мочевого пузыря является симптом:
	«Бабочки»
	«Озер и лужиц»
	«Фигурной скобки»
	«Обгорелого дерева»
146	При внутрибрюшной травме мочевого пузыря лапаротомную операцию заканчивают:
	Установкой постоянного катетера в мочевой пузырь
	Дренированием малого таза по Куприянову через промежность
	Эпицистостомией
	Обработкой брюшной полости антисептиками
147	При внебрюшной травме мочевого пузыря эксраперитонеальная операция завершается:
	Катетеризацией мочевого пузыря и дренированием мочевых затеков
	Цистостомией и дренированием паравезикального пространства

	Послойным ушиванием раны без дренирования околопузырного пространства
	Введением антибиотика и дренированием тазовой клетчатки через запирательное отверстие по Буяльскому–Мак-Уортеру
148	Основным симптомом травмы переднего отдела уретры является:
	Задержка мочеиспускания
	Макрогематурия
	Промежностная гематома
	Уретроррагия
149	Наложение первичного шва на уретру показано в первые 6 часов после травмы при:
	При значительном расхождении концов уретры и обширной гематоме
	Полном разрыве уретры и отсутствии мочевого затека
	При обширных повреждениях уретры с инфильтрацией тазовой клетчатки
	Множественных переломах костей таза со смещением, осложненных шоком
150	Лечебная тактика при неполном разрыве уретры предусматривает:
	Наложение эпицистостомы с проведением отсроченной уретропластики
	«Слепую» катетеризацию мочевого пузыря металлически катетером
	Цистоскопию с установкой уретрального катетера по проводнику
	Наложение первичного шва на уретру после пункционной цистостомии
151	Оптимальным вариантом фиксации при переломе ключицы у ребенка до одного года является повязка:
	Дезо
	Торакобрахиальная
	Гипсовая восьмиобразная
	Дельбе с ватно-марлевыми кольцами
152	Оперативное лечение перелома ключицы показано при:
	Продольном смещении с захождением костных фрагментов
	Угрозе перфорации кожи острыми костными отломками
	Большом угловом смещении костных отломков без их разъединения
	Подвывихе грудино- или акромиально-ключичного сочленения
153	К легкой черепно-мозговой травме относится:
	Ушиб головного мозга
	Сотрясение головного мозга
	Перелом свода черепа без ушиба головного мозга
	Субдуральные гематомы без сдавления головного мозга
154	К открытой черепно-мозговой травме у детей относятся:
	Переломы костей свода или основания черепа с повреждением мягких тканей и апоневроза

	Переломы костей черепа с ранами прилежащих мягких тканей без нарушения целостности апоневроза
	Трещины свода черепа, при которых отсутствуют нарушения целостности кожного покрова и апоневроза
	Переломы лицевого скелета, сопровождающиеся диффузным аксональным повреждением и сдавлением мозга
155	При проникающей черепно-мозговой травме повреждается:
	Кожный покров свода черепа
	Твердая мозговая оболочка
	Арахноидальная мозговая оболочка
	Эпендимный слой желудочков мозга
156	Триадой признаков (кратковременная потеря сознания, тошнота или рвота, ретроградная амнезия) характеризуется:
	Сдавление головного мозга эпидуральной гематомой
	Травматическое субарахноидальное кровоизлияние
	Сотрясение головного мозга
	Диффузное аксональное повреждение мозга
157	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является:
	Множественная рвота
	Кровотечение из носа и уха
	Оториноликворея
	Очаговая неврологическая симптоматика
158	Длительным коматозным состоянием с выраженной стволовой симптоматикой, переходящей в стойкое вегетативное состояние, характеризуется:
	Травматическое субарахноидальное кровоизлияние
	Сдавление головного мозга эпидуральной гематомой
	Очаговый ушиб головного мозга тяжелой степени
	Диффузное аксональное повреждение мозга
159	К черепно-мозговой травме с характерным «светлым промежутком» после травмы относится:
	Подоболочечные кровоизлияния
	Внутричерепная гематома
	Очаговый ушиб головного мозга
	Коммоционно-контузионный синдром
160	Показанием к установке датчика измерения внутричерепного давления при острой субдуральной гематоме является:
	Нестабильность гемодинамики мозга
	Кровотечение из носа или ушей
	Угнетение сознания до комы

	Объем оболочечной гематомы более 100 мл
161	При переломах костей предплечья или голени подлежит иммобилизации место перелома:
	С захватом одного сустава
	И 2 прилежащих сустава
	И все три сустава конечности
	Кости только на ее протяжении
162	При переломах плечевой или бедренной кости подлежит иммобилизации место перелома:
	С захватом одного сустава
	И два прилежащих сустава
	И три сустава конечности
	Кости только на ее протяжении
165	При перелоμο-вывихе Монтеджи происходит:
	Перелом лучевой кости в нижней трети и вывих головки локтевой кости
	Перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки луча
	Вывих костей запястья и перелом костей предплечья в средней трети
	Вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом одной из костей в нижней трети
166	При перелоμο-вывихе Галеацци происходит:
	Перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой
	Перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости
	Вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка
	Перелом лучевой кости в нижней трети на одной руке и вывих головки локтевой кости - на другой
167	Методом лечения перелома диафиза бедренной кости в средней трети со смещением у детей старше 3-х лет является:
	Вертикальное лейкопластырное вытяжение по Шеде
	Репозиция с наложением задней гипсовой шины
	Скелетное вытяжение на шине Белера
	Репозиция с наложением укороченной циркулярной гипсовой повязки
168	Неправильное наложение циркулярной гипсовой повязки при повреждениях верхней конечности может привести к:
	Контрактура Дюпюитрена
	Контрактура Фолькмана
	Дистрофическим изменениям в кости
	Трофическим изменениям мягких тканей
169	Пункцию коленного сустава выполняют:
	Через собственную связку надколенника
	В верхней части надколенника сбоку
	Под нижним краем внутреннего мыщелка бедра

	На уровне основания по медиальной поверхности
170	При открытом пневмотораксе первая помощь состоит в:
	Проведении пункции плевральной полости
	Послойном ушивании дефекта грудной стенки
	Наложении окклюзионной повязки
	Дренировании плевральной полости с помощью торакоцентеза
171	Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен:
	Наклон и поворот головы в сторону «подвывиха»
	Наклон и поворот головы в «здоровую» сторону
	Ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
	Наклон головы в сторону повреждения и поворот в противоположную
172	Первыми клиническими симптомами неосложненного компрессионного перелома позвонков грудной локализации являются:
	Ограничение активных движений, вегетативные расстройства
	Локальная болезненность, затрудненное дыхание
	Боль при осевой нагрузке, нарушение функции конечности
	Боль при пальпации и осевой нагрузке, расстройства мочеиспускания
173	Наиболее характерным рентгенологическим признаком компрессионного перелома позвоночника является:
	Клиновидная деформация позвонков
	Различная степень уплощения тел позвонков
	Увеличение дорсовентрального размера тела позвонка
	Патологический кифоз грудного отдела позвоночника
174	Лечение детей с компрессионными неосложненными переломами позвонков грудной локализации в первую очередь включает:
	Одномоментную реклинацию и ортопедический корсет
	Функциональное вытяжение на кольцах Дельбе
	Жеткую фиксацию с помощью ортопедического корсета
	Проведение чрезкожной кифопластики или вертебропластики
175	Вынужденное положение «лягушки» характерно при:
	Переломе лобковой и седалищной костей с разных сторон
	Разрыве крестцово-подвздошного сочленения таза
	Переломе обеих лонных и седалищных костей
	Отрывном переломе верхней передней ости подвздошной кости
176	Целостность тазового кольца нарушена при:
	Разрыве лонного симфиза
	Переломе седалищной кости
	Отрыве бугра седалищной кости

	Переломе одной из ветвей лобковой кости
177	Перелом костей таза сопровождается:
	Гемоперитонеумом
	Забрюшинной гематомой
	Кровотечением из прямой кишки
	Гематомой в области промежности
178	Для проникающего ранения брюшной полости характерно повреждение:
	Кожных покровов брюшной стенки
	Апонеvroза передней брюшной стенки
	Париетальной брюшины
	Висцеральной брюшины
179	Симптом Хедри и симптом «пупка» характерны для повреждения:
	Селезёнки
	Печени
	Желудка
	Тонкого кишечника
180	Симптом «Ваньки-встаньки» характерен для повреждения:
	Селезёнки
	12-перстной кишки
	Поджелудочной железы
	Толстого кишечника
181	Симптом Куленкампа характерен для:
	Закрытой травмы органов грудной клетки
	Ретроперитонеальной гематомы
	Внутрибрюшного кровотечения
	Прободной язвы двенадцатиперстной кишки
182	Резкая локальная болезненность при отсутствии напряжения мышц передней брюшной стенки при травме селезенки характеризует симптом:
	Щеткина-Блюмберга
	Куленкампа
	Воскресенского
	Питтса-Беленса-Томайера
183	Цианоз боковой поверхности живота (симптом Грея Тернера) и пупочной области (симптом Каллена) указывает на:
	Повреждение полых органов
	Повреждение паренхиматозных органов
	Забрюшинную гематому
	Атрезии желчевыводящих протоков

184	Термин «гемобилия» определяет:
	Имбибицию кровью мягких тканей забрюшинного пространства
	Кровотечение в просвет кишечника из желчевыводящих путей
	Процесс «просачивания» жидкой части крови сквозь стенки сосудов
	Заболевание, при котором нарушается нормальное свертывание крови
185	Особенно опасным осложнением субкапсулярного разрыва селезенки является:
	Абсцедирование гематомы
	Образование псевдокисты
	Тромбоз селезеночной вены
	Позднее кровотечение
186	Характерным симптомом внутрибрюшного кровотечения является:
	Исчезновение печеночной тупости
	Притупление в отлогих местах
	Парез желудочно-кишечного тракта
	Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
187	На повреждение полового органа при травме указывает наличие:
	Притупление перкуторного звука в отлогих местах
	Положительного симптома Куленкампа
	Свободного газа в брюшной полости
	Кровотечения с массивной, угрожающей жизни кровопотерей
188	При колото-резанном проникающем ранении живота следует обязательно выполнить:
	Первичную хирургическую обработку ран
	Пункцию и перитонеальный лаваж
	Лапароцентез с «шарящим» катетером
	Лапаротомию, ревизию органов
189	При консервативном лечении врожденной мышечной кривошеи у детей до года фиксация головы производится:
	Ортопедическим чепчиком
	Шейным ортезом
	Пластмассовым головодержателем
	Торакокраниальной гипсовой повязкой
190	Абсолютным показанием к оперативному лечению кривошеи является:
	Развившийся сколиоз шейного отдела позвоночника
	Страбизм сходящийся и расходящийся
	Прогрессирующее нарушение остроты зрения
	Нарастающая асимметрия лица и шеи
191	Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается из:

	Супинации, эквинуса, аддукции
	Супинации, эквинуса, абдукции
	Пронации, эквинуса и аддукции
	Пронации, эверсии и экскавации
192	Основным эффективным методом консервативного лечения косолапости у детей до 1 года является:
	Мягкое бинтование по Финку-Эттингену
	Эластичные конструкции (шин, лонгет)
	Этапные гипсования по Понцети
	Съёмные ортопедические приспособления
193	Схемой Хингельрайнера пользуются при рентгенологической диагностике:
	Врожденной косолапости
	Врожденного вывиха бедра
	Воронкообразной деформации грудной клетки
	Сколиоза позвоночника
194	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является:
	Асимметрия кожных складок
	Ограничение отведения бедер
	Симптом Маркса-Ортолани
	Наружная ротация нижней конечности
195	Элементом лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава до месячного возраста является:
	Стремена Павлика
	Подушка Фрейка
	Резиновая подушка Путти
	Матерчатый лифчик с тяжами Бауера
196	При диагностике сколиоза ранним достоверным признаком является:
	Слабость мышечного корсета
	Разница треугольников талии
	Асимметрия уровня расположения лопаток
	Торсия позвонков
197	Болезнь Легга–Кальве–Пертеса проявляется асептическим некрозом:
	Головки бедренной кости
	Мышелка бедренной кости
	Бугристости большеберцовой кости
	Головчатого возвышения плечевой кости
198	Болезнью Осгуда–Шлаттера называют остеохондропатию:
	Головки II или III плюсневых костей

	Бугристости большеберцовой кости
	Головки дистального мыщелка плечевой кости
	Проксимального метафиза большеберцовой кости
199	Остеохондропатию головки ладьевидной кости стопы называют болезнью:
	Шоерман–Мау
	Осгуда–Шлаттера
	Келлера I
	Келлера II
200	Наиболее частой врожденной деформацией грудной клетки является:
	Реберно-мышечный дефект (синдром Поланда)
	Воронкообразная грудь
	Тотальная расщелина грудины
	Выгнутая грудина (синдром Куррарино-Сильвермана)
201	Индекс Гижицкой при воронкообразной деформации грудной клетки характеризует:
	Отношение длины грудной клетки к ее ширине
	Отношение высоты грудной клетки к ее ширине
	Отношение наименьшего поперечного размера грудной клетки к наибольшему
	Отношение наибольшего поперечного размера грудной клетки к наименьшему
202	Самой часто встречающейся доброкачественной опухолью у новорожденных является:
	Гемангиома
	Лимфангиома
	Тератобластома
	Дермоидная киста
203	Среди форм лимфангиом наиболее часто встречается:
	Капиллярная
	Кистозная
	Кавернозная
	Лимфгемангиома
204	Радикальное лечение гемангиом, лимфангиом осуществляют путем:
	Эндоваскулярной окклюзии приводящих сосудов
	Внутриочаговое склерозирование сосудистой опухоли
	Иссечения поверхностно лежащего участка опухоли
	Иссечения опухоли в пределах здоровых тканей
205	Наиболее частой опухолью новорожденных, с которой встречается акушер-гинеколог, является:
	Нейробластома
	Тератома
	Нефробластома

	Гепатобластома
206	При лабораторном обследовании ребенка с тератобластомой крестцово-копчиковой области выявляется:
	Положительная реакция на альфа-фетопротеин
	Повышенное содержание телец Бенс–Джонса в моче
	Низкий уровень хорионического гонадотропина в крови
	Высокий уровень катехоламинов или их метаболитов в моче
207	К доброкачественной опухоли кости остеогенного происхождения относится:
	Экзостозная хондродисплазия
	Эозинофильная гранулема
	Остеоид-остеома
	Остеобластокластома
208	Остеоид-остеома чаще локализуется в:
	В коротких трубчатых костях стопы и кисти
	Диафизе длинных трубчатых костей
	Эпифизе длинных трубчатых костей
	В плоских костях скелета (лопатка, кости таза)
209	Наиболее типичной локализацией остеогенных сарком и опухолей Юинга являются кости:
	Кисти, стопы и черепа
	Лопатки и ключицы
	Плеча и предплечья
	Бедра и голени
210	«Гнездо» опухоли в виде очага разряжения кости диаметром до 1 см с зоной перифокального склероза и периостальной реакцией является специфическим рентгенологическим признаком:
	Саркомы Юинга
	Остеоид-остеоиды
	Остеогенной саркомы
	Остеобластокластомы
211	Уровень сознания по шкале комы Глазго 13–14 баллам соответствует:
	Ясному сознанию
	Оглушению
	Умеренной коме
	Глубокой коме
212	Уровень сознания по шкале комы Глазго равный 9–12 баллам соответствует
	Сопору
	Умеренному оглушению
	Умеренной коме

	Глубокой коме
213	Уровень сознания по шкале комы Глазго равный 4–8 баллам соответствует:
	Оглушению
	Сопору
	Коме
	Смерти мозга

Перечень практических заданий (2 этап)

- Опишите методику сбора информации (жалобы, анамнез, и т.д.) у пациентов и (или) законных представителей с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;
- Опишите методику обследования пациентов с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями;
- Опишите методику проведения:
 - пальцевого ректального исследования;
 - определения группы крови и ее видовой принадлежности;
 - промывания желудка;
 - лапароцентеза;
 - пункции плевральной полости при гидротораксе;
 - дренирования плевральной полости при пневмотораксе;
- Опишите методику постановки предварительного диагноза на основании клинического осмотра пациентов;
- Опишите методику выполнения перевязок больным после хирургических операций;
- Опишите тактику ведения больных с дренажами;
- Опишите методику удаления дренажа;
- Опишите технику проведения непрямого массажа сердца. Выбор точки для компрессии грудной клетки; прекардиальный удар; техника закрытого массажа сердца;
- Опишите технику проведения искусственной вентиляции легких;
- Опишите технику сочетания ИВЛ и массажа сердца при базовой реанимации;
- Опишите тактику выбора медикаментозной терапии при расширенной реанимации;
- Перечислите показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии, рефлексотерапии, фитотерапии;
- Перечислите документы, необходимые для направления больного с травмами, их последствиями и хирургическими заболеваниями на МСЭ с целью установления степени нетрудоспособности;
- Перечислите документы, которые необходимо заполнить в медицинской организации и ее структурных подразделения на хирургического больного;
- Опишите, как происходит обработка и хранение данных функционально-диагностических исследований с помощью компьютерных технологий;
- Опишите правила работы по сбору, обработке, защите и передаче персональных данных;
- Опишите процесс работы с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы);
- Опишите технику выполнения пункции гнойного очага;
- Опишите технику выполнения инсталляции мочевого пузыря;

20. Опишите технику выполнения наложения повязки при нарушении целостности кожных покровов;
21. Опишите технику выполнения наложения повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки;
22. Опишите технику выполнения наложения повязки при заболеваниях мышц;
23. Опишите технику выполнения наложения иммобилизационной повязки при переломах костей;
24. Опишите технику выполнения наложения шины при переломах костей;
25. Опишите технику выполнения наложения иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов;
26. Опишите технику выполнения наложения повязки при ранении (повреждении) сосудов;
27. Опишите технику выполнения наложения повязки на послеоперационные раны;
28. Опишите технику выполнения удаления поверхностного инородного тела;
29. Опишите технику выполнения вскрытия панариция;
30. Опишите технику выполнения сшивания кожи и подкожно-жировой клетчатки;
31. Опишите технику выполнения вскрытия фурункула (карбункула);
32. Опишите технику выполнения вскрытия и дренирование флегмоны (абсцесса);
33. Опишите технику выполнения закрытой коррекция отделенного эпифиза;
34. Опишите технику выполнения обработки места открытого перелома;
35. Опишите технику выполнения репозиции отломков костей при переломах;
36. Опишите технику выполнения вправления вывиха сустава;
37. Опишите технику выполнения аппликационной, инфильтрационной и проводниковой местной анестезии;
38. Опишите технику выполнения катетеризации мочевого пузыря;
39. Опишите технику выполнения пункции суставов;
40. Опишите технику выполнения наложения жгута при кровотечении;
41. Опишите технику выполнения наложения гипсовых повязок;
42. Опишите технику выполнения наложения кожных швов;
43. Опишите технику выполнения снятия кожных швов;
44. Опишите технику организации реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Общие вопросы организации хирургической помощи в Российской Федерации.
2. Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Права пациента. Врачебная тайна. Информация о состоянии здоровья пациента.
3. Согласие на медицинское вмешательство. Отказ от медицинского вмешательства.
4. Врачебные ошибки. Пути уменьшения врачебных ошибок. Роль официальных рекомендаций и стандартов лечения.
5. Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь.
6. Методология постановки клинического диагноза. Особые диагностические приемы. Диагностическая программа.

7. Рентгеновская компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и позитронно-эмиссионная томография. Диагностические возможности и показания к применению.
8. Прогнозирование риска хирургического вмешательства и профилактика осложнений.
9. Защита пациента от инфекции при проведении хирургического вмешательства.
10. Профилактика профессионального заражения в хирургии. Пути передачи вирусных инфекций. Универсальная предосторожность при возможном контакте с кровью.
11. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала.
12. Этика и деонтология в работе врача-детского хирурга.
13. Принципы эффективной коммуникации.
14. Анатомо-физиологические особенности у детей в различных возрастных группах.
15. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО). Этиология. Формы ОГО. Клиническая картина. Особенности кровоснабжения костей у детей различных возрастных групп, роль этого фактора в локализации и распространении процесса. Методы ранней диагностики. Техника лечебно-диагностической артропункции, остеопункции, декомпрессионной остеоперфорации. Осложнения и исходы заболевания.
16. Вросший ноготь (онихокриптоз) у детей. Причины. Симптомы. Способы коррекции.
17. Врожденный гипертрофический пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Коиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
18. Острый парапроктит. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение.
19. Диафрагмальные грыжи. Этиопатогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. Осложнения.
20. Компрессионный перелом позвоночника. Причины. Классификация. Клиника. Осложнения. Диагностика. Подход к ведению пациентов детского возраста с компрессионными переломами тел позвонков грудной и поясничной локализации.
21. Пороки развития передней брюшной стенки. Гастрошизис. Омфалоцеле. Этиология, клинические проявления, диагностика, методы лечения.
22. Почечная колика у детей. Причины возникновения. Симптомы. Диагностика. Тактика дежурного хирурга. Неотложная помощь. Принципы лечения.
23. Инвагинация кишечника. Этиопатогенез. Виды инвагинации. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к консервативному расправлению инвагинации. Техника раздувания толстой кишки воздухом. Методика дозированной гидростатической ирригоскопии по Левину, показания и противопоказания. Особенности диагностики тонкокишечной инвагинации. Тактика лечения при повторных инвагинациях.
24. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Классификация. Особенности клиники при различных формах болезни Гиршпрунга. Основные лучевые, эндоскопические, функциональные, морфологические методы исследования. Предоперационное лечение. Техника постановки сифонной очистительной клизмы, опасности и осложнения. Показания к колостомии.
25. Врожденные деформации грудной клетки. Этиология, диагностика, лечение. Показания к операции. Виды современных операций.
26. Патология желчного протока и ухахуса. Этиология. Клинические варианты. Осложнения. Диагностика. Сроки и способы оперативного лечения.
27. Закрытая травма живота (повреждение печени, селезенки). Классификация, клинические признаки внутрибрюшного кровотечения, местные симптомы. Тактика врача в зависимости от локализации и характера повреждения. Техника лапароцентеза. Определение кровопотери по гемоглобину и гематокриту.

28. Заболевания связанные с нарушением облитерации вагинального отростка брюшины (паховая грыжа, водянка оболочек яичка, киста семенного канатика). Клинические проявления, диагностика, дифференциальная диагностика. Бедренная грыжа. Сроки оперативного вмешательства.
29. Травма мочевого пузыря. Классификация повреждений. Клиника, диагностика. Принципы оперативного лечения внебрюшинного и внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря.
30. Гастроэзофагеальный рефлюкс у детей. Причины. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Показания к операции.
31. Острый аппендицит у детей. Классификация. Особенности клиники, диагностики и лечения острого аппендицита в раннем детском возрасте. Причины диагностических ошибок при остром аппендиците.
32. Гнойные заболевания кожи и подкожно-жировой клетчатки у новорожденных. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика некротической флегмоны новорожденных с рожистым воспалением. Лечение. Операции при гнойных очагах различной локализации.
33. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика. Осложнения. Тактика лечения.
34. Некротический энтероколит новорожденного. Этиология. Патогенез. Классификация НЭК по Bell. Клинические проявления. Диагностика и лечение.
35. Пептическая язва дивертикула Меккеля осложненная кровотечением или перфорацией (клиника, патогенез, диагностика, лечение).
36. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) у детей. Классификация. Клиника. Обследование больного с ЧМТ. Дифференциальная диагностика клинических форм черепно-мозговых повреждений. Шкала Глазго. Показания к установке датчика измерения внутричерепного давления. Показания к люмбальной пункции, техника, опасности и осложнения. Принципы консервативного и хирургического лечения больных с ЧМТ.
37. Эпителиальный копчиковый ход. Этиопатогенез. Классификация. Клиническая симптоматика. Диагностика. Лечение неосложненных и осложненных форм. Методы хирургического лечения.
38. Тупая травма живота у детей. Повреждение полых органов (желудок, тонкая и толстая кишка). Основные клинические симптомы. Методы диагностики. Хирургическая тактика. Техника наложения кишечных анастомозов.
39. Острая задержка мочи у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика дежурного хирурга.
40. Спаечная кишечная непроходимость. Клиника. Диагностика. Комплекс мероприятий при ранней спаечной непроходимости кишечника. Лечение поздней спаечной непроходимости. Лечение, профилактика спаек.
41. Синдром портальной гипертензии у детей. Классификации. Причины. Клинические признаки. Диагностика. Современные методы обследования. Показания и методики хирургического лечения. Установка зонда Блекмора.
42. Выпадение прямой кишки у детей. Причины. Симптомы. Дифференциальная диагностика. Выбор тактики лечения. Методика склерозирующей терапии по Мезеневу.
43. Ущемленная паховая грыжа у детей. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
44. Термические ожоги у детей. Классификация по глубине ожогового поражения. Определение площади ожогов методом ладони, правилом "девяток", по таблицам. Первичная обработка ожоговых ран. Местное лечение поверхностных ожогов у детей. Хирургическая тактика в лечении глубоких ожогов. Современные биотехнологии в лечении глубоких ожогов.

45. Мальротация кишечника (анатомические формы). Синдром Ледда (причины, симптомы, диагностика, лечение).
46. Синдром отечной и гиперемированной мошонки у детей (перекрут яичка, некроз гидатиды Морганьи, орхоэпидидимит). Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
47. Аномалии развития аноректальной области. Клинические проявления. Диагностика. Рентгенодиагностика. Инвертограмма по Вангенстин, показания, методика. Возрастные показания и принципы хирургического лечения.
48. Атипичные формы остеомиелита. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
49. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей. Наиболее частые причины. Дифференциальная диагностика кровотечения из верхних и нижних отделов ЖКТ. Лечение.
50. Доброкачественные внеполостные опухоли (гемангиомы, лимфангиомы, пигментный невус, папиллома, дермоидные кисты, атерома, липома, фиброма, гигрома), диагностика, лечение.
51. Перфоративная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика; врачебная тактика, показания к консервативному и хирургическому лечению.
52. Инфантильная (младенческая) гемангиома. Виды младенческих, стадии течения. Диагностические исследования. Дифференциальная диагностика. Гемангиома при синдроме Казабах-Меррит. Осложнения. Современные способы лечения гемангиом.
53. Трещины заднего прохода. Геморрой. Полип прямой кишки. Клиника. Диагностика. Лечение.
54. Бактериальная деструкция легких. Внутрилегочные и плевральные осложнения (абсцессы легкого, пиоторакс, пневмоторакс, пиопневмоторакс). Клиника. Рентгенодиагностика. Пункция, дренирование плевральной полости – показания, техника. Виды дренирования. Сроки дренирования. Синдром системного воспалительного ответа (SIRS) и сепсис у детей. Критерии SIRS. Клинические проявления и диагностика. Принципы лечения гнойной инфекции. Антибиотикотерапия у хирургических больных.
55. Ранения грудной клетки (проникающие и непроникающие). Открытый и клапанный пневмоторакс. Хирургическая тактика при проникающих ранениях грудной клетки. Виды дренирования плевральной полости с пассивной и активной аспирацией. Сроки дренирования.
56. Динамическая непроходимость. Причины динамической непроходимости. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика динамического и механического илеуса. Консервативное лечение.
57. Методы хирургического восстановления целостности кожного покрова. Виды кожной пластики при лечении ожогов.

Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик 10 лет, жалобы на боли в правом яичке. Из анамнеза: боли появились 5–6 ч назад, на фоне полного здоровья, травму отрицает. При осмотре: наружные половые органы развиты по мужскому типу. Половой член не искривлён, головка полового члена полностью выводится из препуциального мешка, меатус расположен типично, нормального диаметра. Мошонка асимметрична за счёт увеличения правой половины, где имеется отёк, гиперемии кожи. При пальпации правая половина мошонки напряжена, резко болезненна, достоверно пропальпировать яичко не удалось. Пальпация семенного канатика справа также вызывает резкую болезненность, патологических образований, увеличенных лимфатических узлов, расширения наружного пахового кольца не выявлено. Симптом Прена отрицательный справа. Слева кожа мошонки не изменена,

яичко в мошонке, нормальной консистенции, безболезненное при пальпации. Со слов ребёнка он мочится безболезненно, не тужится.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
- 2) Какой ведущий синдром выявлен у пациента? Перечислите симптомы, в него входящие.
- 3) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 4) Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы исследования обязательно необходимо провести?
- 5) Какая последующая лечебная тактика в отношении данного пациента?
- 6) Перечислите возможные исходы заболевания. От чего зависит исход заболевания?
- 7) Возможен ли рецидив указанного заболевания с контралатеральной стороны? Какие мероприятия необходимо провести с целью его предотвращения?

Задача №2

Ребёнок, 14 лет, обратился в травмпункт с жалобами на головную боль, головокружение и однократную рвоту. Из анамнеза известно: 3 часа назад мальчик поскользнулся на улице возле своего дома, упал на спину и ударился затылком о лёд на земле, была кратковременная потеря сознания (не более 3-х минут со слов мамы). Затем мальчик при поддержке мамы смог самостоятельно встать и пойти домой. Дома возникла однократная рвота, слабость, головокружения. При осмотре: мальчик ходит самостоятельно, походка уверенная. Кожные покровы бледные. Локальный статус: визуально ссадин, гематом на голове не выявлено, но отмечается зона болезненности в области затылка. Неврологический статус: мальчик о случившемся помнит неточно, ориентирован во времени и пространстве, в позе Ромберга устойчив, но определяется умеренный тремор пальцев рук, парезов и параличей нет, чувствительность сохранена, сухожильные рефлексы живые, симметричные, патологических рефлексов нет, лицо симметричное, мышечных сокращений (тиков) не выявлено, язык без девиаций. Движения глазных яблок в полном объёме, имеется установочный горизонтальный нистагм, зрачки симметричные, реакция на свет сохранена. По данным ЭхоЭГ, КТ – смещения срединных структур головного мозга не выявлено.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести?
- 3) Нуждается ли ребёнок в госпитализации, если да, то с какой целью?
- 4) Предложите возможные варианты лечения.
- 5) Рекомендации при выписке.

Задача №3

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась девочка 16 лет с жалобами на боль в области внутренней поверхности околоногтевого валика 1 пальца правой стопы. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад после педикюра возникла боль в области 1 пальца правой стопы при ношении узкой обуви. Со временем появилась гиперемия, отёк околоногтевого валика, скудное гнойное отделяемое. Девочка самостоятельно лечилась компрессами с солевыми растворами, обрабатывала место воспаления спиртовым раствором хлоргексидина. Через неделю воспаление купировалось, но через месяц жалобы появились вновь. Девочка лечилась аналогично, наступило улучшение. Подобные симптомы возникали вновь ещё два раза, последний 7 дней назад. При осмотре: в области внутренней поверхности ногтевой фаланги 1 пальца правой стопы определяется

гипертрофия околоногтевого валика, резкая болезненность при надавливании. Отёка, гиперемии, отделяемого на момент осмотра нет. Перкуссия, осевая нагрузка безболезненны.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз, укажите его греческое название.
- 2) Укажите предрасполагающие факторы к развитию рассматриваемого заболевания?

Задача №4

В приёмный покой детской хирургической больницы обратились родители с мальчиком 7 лет, с жалобами на боль в области правого бедра, гипертермию до 39°C. При осмотре: состояние средней степени тяжести, мальчик наступать на правую нижнюю конечность не может, правое бедро наружно ротировано, умеренно согнуто в правом тазобедренном суставе. Определяется разлитая гиперемия по наружной поверхности верхней трети правого бедра, местная гипертермия ткани, пальпация и перкуссия данного участка резко болезненна, флюктуации нет, осевая нагрузка на нижнюю правую конечность резко болезненна. Из анамнеза болезни: 2 дня назад ребёнок упал с горки, ударился правым бедром. Сутки назад появилась резкая болезненность в области правого бедра, ребёнок стал прихрамывать, поднялась Т тела до 39,5 °С.

По данным рентгенографии костей нижних конечностей патологии не выявлено. По данным УЗИ мягких тканей бедра – выявлена инфильтрация, процессов гнойного расплавления нет. По данным УЗИ бедренной кости – определяется отёк надкостницы в области метафиза в/3 правой бедренной кости.

Вопросы:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Объясните, почему данные рентгенографии не выявили патологию? Опишите рентгенологические признаки данного заболевания.
- 3) Какие лечебно-диагностические мероприятия уточнят диагноз?
- 4) Укажите нормальные значения внутрикостного давления.
- 5) Опишите дальнейшую тактику хирурга при подтверждении ультразвуковых данных.
- 6) Необходима ли иммобилизация поражённой конечности?
- 7) Укажите самый распространённый этиологический фактор данного заболевания.

Задача №5

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с дочерью 2,5 лет с жалобами на постоянный кашель, частые бронхиты, периодические поперхивания при приёме пищи и регургитацию, плохой набор веса. Данные жалобы беспокоят с возраста 1 года. Из анамнеза жизни: ребёнок от I беременности, роды физиологические в срок 38 недель. При рождении рост 48 см, вес 3010 г. По Апгару 8/9 баллов. Вскармливание искусственное. Травмы отрицает. Перенесла: часто ОРВИ, острые бронхиты. При осмотре: ребёнок бледный, худой. Язык влажный. Тоны сердца ясные, ритмичные. Аускультация лёгких: дыхание пуэрильное, в нижних отделах левого лёгкого прослушиваются мелкопузырчатые единичные хрипы. Живот запавший, мягкий, безболезненный при пальпации, патологических образований не определяется. Мочеиспускание в норме, стул скудный 2 раза в неделю. По данным обзорной вертикальной рентгенографии органов грудной и брюшной полости выявлено смещение сердца вправо и появление в грудной полости патологических округлых воздушных теней заполненных газом петель кишечника.

Вопросы:

- 1) Предположите возможный диагноз и причину его развития.
- 2) Возможно ли установить точный вид данного заболевания?
- 3) Врождённый или приобретённый характер заболевания у рассматриваемого пациента? Почему?

- 4) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз.
- 5) Какие способы дообследования вы можете предложить данной пациентке?

Задача №6

В детскую хирургическую больницу поступает ребёнок в возрасте трёх месяцев с жалобами на гиперемия в области правой молочной железы. Из анамнеза болезни: мама обнаружила гиперемия два дня назад. В день госпитализации гиперемия увеличилась в размерах, появилась гипертермия до 37,5 °С. Контакт с инфекционными больными отрицают. Карантина в доме нет. Ребёнок ничем не болел. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 °С. Определяется незначительная асимметрия молочных желёз за счёт увеличение правой, где в левом верхнем квадранте визуализируется гиперемия, при пальпации определяется опухолевидное образование, болезненное, 1×1,5 см, без чётких границ, не смещаемое, флюктуации нет. Пальпация левой молочной железы безболезненное, но определяется в околоареолярной области упругое округлое образование 0,5×0,5 см, безболезненное, подвижное.

Вопросы:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Какие дополнительные методы обследования необходимо применить для уточнения стадии заболевания?
- 3) С чем необходимо дифференцировать данное заболевание?
- 4) Укажите возможный этиологический фактор данного заболевания.

Задача №7

В приемное отделение хирургической больницы поступил больной 12 лет с жалобами на боли и отечность головки полового члена и крайней плоти. Давность заболевания – сутки. Ранее у ребенка имело место периодическое покраснение в области головки полового члена и крайней плоти, беспокойство при мочеиспускании. Затем стало отмечаться затруднение при выведении головки за пределы крайней плоти, за счет рубцовых изменений последней. Данное заболевание возникло после попытки насильственного выведения головки за пределы крайней плоти. Объективно: наружные половые органы развиты правильно, яички в мошонке, обычных размеров и консистенции, при пальпации безболезненны. Головка полового члена и крайняя плоть увеличены в размерах за счет водянистого отека, багрово-синюшной окраски. Отмечается резкая болезненность и беспокойство ребенка при пальпации пениса.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте предварительный диагноз.
- 2) Какие методы исследования можно выполнить данному больному?
- 3) Тактика дежурного врача. Возможные осложнения.

Задача №8

В приёмный покой хирургической больницы обратилась мама с мальчиком 10 лет с жалобами на боли в животе, которые появились 8 часов назад на фоне полного здоровья, локализовались в околопупочной области, носили постоянный ноющий характер, была однократная рвота, которая облегчения не принесла. Два часа назад боль усилилась, локализовалась в правой подвздошной области. Отмечалась гипертермия до 37,5 °С. При осмотре: мальчик вялый, кожные покровы и видимые слизистые чистые, нормальной влажности. Живот симметричный, не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области, положительны симптомы Воскресенского, Раздольского, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Ровзинга. Локально в правой подвздошной области определяется напряжения мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина–Блюмберга положительный.

Из УЗИ органов брюшной полости: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Червеобразный отросток визуализируется, диаметр его 8 мм, структура анэхогенная, слоистость стенок не прослеживается. Имеется незначительное количество жидкости вокруг червеобразного отростка. Перистальтика кишечника ослаблена в правой подвздошной области. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

- 1) О каком заболевании идет речь? Поясните. Тактика врача приемного отделения.
- 2) С какими заболеваниями нужно дифференцировать данную патологию?
- 3) Какой этиологический фактор развития данного заболевания?
- 4) Теории, объясняющие механизм развития заболевания?
- 5) Объясните суть описанных симптомов и технику их снятия.
- 6) Дальнейшая тактика хирурга?

Задача №9

В травмпункт бригадой СМП доставлен мальчик двух лет с жалобами на боль и деформацию левой ноги, невозможность на неё наступать. Из анамнеза известно, что мальчик подскользнулся в бассейне и упал на левое бедро, ударившись им о бортик бассейна. Со слов врачей бригады СМП кроме иммобилизации конечности никаких медицинских манипуляций выполнено не было. При осмотре: левая нога фиксирована лестничной шиной от уровня верхней трети до уровня коленного сустава. Локально: видимая деформации в области верхней трети левого бедра, выпирающая латеральная часть, увеличен объём бедра в верхней трети, движения левой нижней конечностью ограничены и резко болезненны, пальпация резко болезненна. Движения пальцев левой стопы в полном объёме, чувствительность сохранена, стопа тёплая, пульсация на *arteria dorsalis pedis* сохранена.

Вопросы:

- 1) Предположите диагноз.
- 2) Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
- 3) Оцените правильность транспортировки и лечения больного бригадой СМП.
- 4) Нуждается ли ребёнок в госпитализации?

Задача №10

В травмпункт обратилась мама с ребёнком 12 лет с жалобами на боли в области спины. Из анамнеза известно, что 5 часов назад ребёнок, катаясь с горки, запнувшись о кочку подпрыгнул и упал с санок, подпрыгнув на высоту около 0,5 м и ударился ягодицами о лёд. После чего самостоятельно встал, но появилась резкая боль в поясничной области. Пришёл домой, мама втирала в зону болезненности «Долгит-гель», боли не прошли. Локальный статус: походка не изменена, определяется резкая болезненность при пальпации в области 3–4 поясничных позвонков, повороты и наклоны туловища вызывают резкую болезненность. Сухожильные рефлексы на ногах живые, симметричные, чувствительность не нарушена. После травмы мочился, мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая. По данным рентгенографии: выявлена клиновидная деформация тел 3 и 4 поясничных позвонков.

Вопросы:

- 1) Предположите диагноз, обоснуйте его.
- 2) Нужны ли дополнительные инструментальные диагностические мероприятия в данном клиническом случае, объясните свой ответ?
- 3) Нуждается ли ребёнок в госпитализации?
- 4) Предложите возможные варианты лечения.
- 5) Предположите возможные способы реабилитации.

Задача №11

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой 14 лет с жалобами на распирающую боль, покраснение и отёк указательного пальца правой кисти. Из анамнеза известно, что 5 дней назад девочку укусила за палец кошка, мама обработала рану бриллиантовым зелёным. Три дня назад на месте укуса появилось покраснение, палец постепенно начал опухать. Ночью спала беспокойно из-за распирающей боли в пальце. Температуры и рвоты не было, аппетит сохранён. При осмотре: состояние удовлетворительное, Т 36,5 °С. В области средней фаланги 2 пальца правой кисти визуализируются 4 следа от укуса диаметром до 1 мм каждый под серозно-гнойной коркой, вокруг разлитая гиперемия, отёк. Пальпация указанной зоны резко болезненна, определяется локальное повышение температуры. Сгибательные движения ногтевой и средней фалангами 2 пальца резко ограничены, определяется умеренная сгибательная контрактура.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз. Классификация данного заболевания?
- 2) Объясните этиологию и механизм возникновения заболевания.
- 3) Тактика детского хирурга поликлиники в отношении пациента?
- 4) Опишите лечебную тактику, если необходимо хирургическое лечение, уточните возможные виды анестезии и технику оперативного вмешательства.

Задача №12

Бригадой скорой медицинской помощи в приёмный покой детской хирургической больницы доставлен мальчик 14 лет с жалобами на боли в животе, гипертермию до 37,5. Из анамнеза заболевания: боли в животе появились 3 дня назад, боли постоянные, интенсивные в первые двое суток, локализация в правой подвздошной области. За медицинской помощью не обращались, мама самостоятельно давала ребёнку первые сутки но-шпу. На 2 сутки появилась гипертермия до 38°С, мама решила, что это ОРВИ и начала давать ребёнку нурофен, и амоксиклав. На 3 сутки температура тела снизилась до субфебрильных цифр, боли в животе стали меньшей интенсивности, но в правых отделах живота появилось опухолевидное образование, болезненное при пальпации. Мама вызвала бригаду СМП. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, слизистые оболочки суховаты, язык обложен белым налётом. Живот ассиметричный, в правой подвздошной области определяется выбухание, при пальпации определяется образование размером 15×10 см, не смещаемое. Рвоты не было. Стул был три дня назад (до приступа боли), однократный, оформленный, без патологических примесей. Мочится свободно, безболезненно, моча светлая.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз.
- 2) Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить? С какой целью? Какие результаты ожидаете получить?
- 3) Объясните возможную причину развития осложнения.
- 4) Дальнейшая тактика хирурга?

Задача №13

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 1 месяц.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 38 недель. Наследственность неотягощена. Контакт с инфекционными больными отрицает. Не болела. При осмотре: состояние удовлетворительное, ребёнок активный, голову поднимает, но не удерживает. При осмотре лёжа на спине отмечается относительное укорочение правой нижней конечности на 0,5 см, последняя несколько ротирована наружу и умеренно согнута в тазобедренном и коленном суставе. Положительны симптомы

Маркса–Пути–Ортолани, Эттори, Эрлахера и Пельтесона. Отмечается асимметрия кожных складок. Движения в коленных, голеностопных суставах в полном объеме, безболезненны. Отведение правого бедра в тазобедренном суставе резко ограничено до 45°. По данным УЗИ тазобедренных суставов: справа выявлена децентрация хряща головки бедренной кости, но в пределах вертлужной впадины: Тип 3а по Графу. Определяется недоразвитие правой вертлужной впадины. В левом тазобедренном суставе патология не выявлена: сустав I тип по Графу.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз. Раскройте суть этиологии и патогенеза заболевания.
- 2) Какие клинические и эхоскопические признаки данного заболевания выявлены у ребёнка?
- 3) Объясните суть симптомов Маркса–Пути–Ортолани, Эттори, Эрлахера и Пельтесона?
- 4) Своевременно ли поставлен диагноз ребёнку? Когда следует проводить первое скрининговое ультразвуковое исследование для исключения рассматриваемой патологии?
- 5) Какая тактика лечения возможна в данном клиническом случае?
- 6) Когда и какие дополнительные контрольные диагностические мероприятия следует проводить?

Задача №14

Ребёнок, 5 лет, опрокинул на себя кастрюлю с горячей водой и получил ожог всей передней стенки грудной клетки и передней брюшной стенки. Вскоре на кожных покровах появилась «мозаичная» картина повреждения: участки гиперемии, области отёка кожи с отслойкой её и образованием пузырей серозного характера и пузырей с жидкостью желтого цвета. Вызвана бригада «скорой помощи». При осмотре в приёмном покое состояние расценено тяжёлым, отмечается выраженное двигательное беспокойство. Температура тела 36 °С, пульс учащен до 130 уд./мин, дыхание – 28 в мин, АД 122/70 мм рт. ст. Местно: помимо гиперемизированных участков кожи определяются сильно болезненные при прикосновении лопнувшие пузыри, дно которых красного цвета, и пузыри с желеобразным содержимым, при разрыве выявляется белесовато-розового цвета дно со сниженной чувствительностью.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз. Определите и обоснуйте степень термического поражения.
- 2) Какими способами можно подсчитать площадь ожога у данного пострадавшего?
- 3) Что необходимо сделать данному пациенту при поступлении?
- 4) Какие методы лечения ожогов Вы знаете?

Задача №15

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 15 лет с жалобами на искривление позвоночника. Из анамнеза заболевание: 4 года назад обратили внимание, что правое плечо стало ниже левого, мама решила, что нарушена осанка из-за того, что девочка много сидит за компьютером, купила в ортопедическом салоне мягкий поддерживающий корсет. За медицинской помощью не обращались. В течение 4 лет деформация позвоночника значительно увеличилась.

Локальный статус: при осмотре со спины определяется С-образная деформация позвоночного столба влево во фронтальной плоскости, начиная с I грудного до II поясничного позвонка. Правое плечо значительно ниже левого. Угол левой лопатки выше правого на 5 см и выстоит впереди. Треугольники талии не симметричны: правый уменьшен в размере, левый увеличен и расположен выше. Гребень левой подвздошной кости на 2 см выше правого.

По данным рентгенографии позвоночного столба в прямой проекции: выявлено С-образное искривление позвоночного столба влево, начиная с I грудного до II поясничного позвонка. Угол искривления – 145°.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Какими способами можно измерить угол искривления при данном заболевании?
- 3) Что такое индекс стабильности и тест Риссера? Что определяют данные показатели?

Задача №16

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с мальчиком в возрасте 16 лет с жалобами на искривление грудной клетки. Из анамнеза заболевание: 6 лет назад обратили внимание, что имеется втяжение грудины, с течением времени увеличивалось. Наследственность: у папы имеется подобная деформация грудной клетки.

Локальный статус: при осмотре имеется деформация грудины в виде воронки длиной до 15 см, глубиной до 5 см, симметричная.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Какие формы заболевания выделяют?
- 3) Объясните возможный патогенез (механизм развития) данного заболевания.
- 4) Какие дополнительные инструментальные методы обследования необходимо провести?
- 5) Как рассчитывается индекс Гужицкой и что он определяет?

Задача №17

В поликлинику к детскому хирургу обратилась мама с девочкой в возрасте 7 месяцев.

Из анамнеза жизни известно: ребёнок от II беременности II родов, беременность протекала гладко, роды путём кесарева сечения из-за слабости родовой деятельности в срок 39 недель. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Привита по возрасту. Перенесла ОРВИ 2 раза.

При осмотре: ребёнок активный, голову держит, активно переворачивается, самостоятельно не сидит, не ползает. При осмотре лёжа на спине отмечается относительное укорочение правой нижней конечности на 0,5 см, последняя несколько ротирована наружи и умеренно согнута в тазобедренном и коленном суставе. Кожные покровы не изменены, участков гиперемии, отёка и местного повышения температуры не обнаружено. Пальпация области таза и нижних конечностей безболезненна. Движения в коленных, голеностопных суставах в полном объёме, безболезненны. Отведение правого бедра в тазобедренном суставе резко ограничено. По данным рентгенографии тазобедренных суставов: справа ядро окостенения головки бедренной кости размером 0,4 мм находится в верхнем наружном квадранте, слева до 10 мм находится в нижнем внутреннем квадранте. Ацетабулярный угол (α): справа 37°, слева 29°, угол Виберга (β) справа измерить невозможно, слева 22°. Высоту h справа измерить невозможно (так как ядро окостенения находится выше линии Келлера), слева 10 мм.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Какие клинические и рентгенологические признаки данного заболевания выявлены у ребёнка?
- 3) Какие ещё клинические симптомы данного заболевания могут быть в данном возрасте?
- 4) Объясните, что характеризуют угол Виберга и ацетабулярный угол?

5) Какие элементы схем Хильгенрейнера–Эрлахера и Рейн-Берга не упомянуты в задаче, предположите возможные варианты их значений в данном клиническом случае?

6) Что такое триада Пути?

Задача №18

Осмотр неонатологом новорождённого мальчика. Из пренатального анамнеза известно: ребёнок от I беременности I родов, беременность протекала гладко, роды физиологические в срок 39 недель. Наследственность неотягощена. Ребёнок при рождении 9/9 баллов по шкале Апгар. Рост 50 см, вес 3400 г. При осмотре выявлена деформация обеих нижних конечностей: выраженное подошвенное сгибание, передние отделы стоп приведены к средней линии тела, продольный свод стопы увеличен, определяется поворот подошвенной поверхности стопы кнутри с опусканием наружного края и приподнятием внутреннего. Мануальная коррекция деформации осуществима.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Назовите 4 компонента, составляющих данную патологию.
- 3) Какая степень заболевания у данного ребёнка?
- 4) На какие элементы стопы и голеностопного сустава распространяются изменения при данном заболевании и в чём они проявляются?
- 5) Какое лечение возможно у данного ребёнка?
- 6) Как проводится оценка эффективности консервативной терапии при данном заболевании?

Задача №19

В травматологический пункт бригадой СМП доставлен мальчик 13 лет с жалобами на боль и деформацию правой руки. Из анамнеза известно: 2 ч назад ребёнок упал с качелей (самостоятельно гулял около дома во дворе) с упором на правую руку. Пришёл домой, мама вызвала бригаду СМП.

При осмотре: правое предплечье мальчика согнуто в локтевом суставе и «подвешено» внутри гамака-косынки. Движения пальцев правой кисти в полном объёме, чувствительность сохранена. Локально: определяется видимая деформация в области нижней трети предплечья, подкожная гематома, движения ограничены и резко болезненны, пальпация резко болезненна, пульсация на лучевой артерии сохранена.

Вопросы:

- 1) Предположите диагноз.
- 2) Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
- 3) Оцените правильность транспортировки больного бригадой СМП.
- 4) Нуждается ли ребёнок в госпитализации?

Задача №20

В приёмный покой детской хирургической больницы был доставлен ребёнок трех лет с жалобами на боль в животе, рвоту 4 раза, однократный стул в виде «малинового желе». Со слов мамы жалобы возникли на фоне полного здоровья 14 часов назад и носили приступообразный характер, в промежутке между приступами ребёнок играл, пил не жаловался. Из анамнеза: полгода назад был госпитализирован в хирургический стационар с диагнозом инвагинация кишечника, была выполнена дезинвагинация воздухом.

При осмотре состояние ребёнка средней степени тяжести, кожные покровы чистые, бледные, язык суховат, обложен белым налётом, температура тела 38,2 °С, ЧСС 96 уд./мин, ЧД 42 в мин. Живот ограничено участвует в акте дыхания, при пальпации резко болезненный, напряжён, в области правого подреберья пальпируется резко болезненное плотноэластическое, подвижное

продолговатое образование, размерами 6×3 см. Из заключения УЗИ: печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка без патологии. Перистальтика кишечника не определяется, метеоризм. Мезентериальные лимфатические не увеличены. Червеобразный отросток не изменён. Имеется жидкость в брюшной полости. В подпечёчной области выявлен «симптом мишени», по данным доплерографии кровоснабжение данного участка отсутствует.

Вопросы:

- 1) Поставьте предварительный основной диагноз и сформулируйте предположительные осложнения основного заболевания.
- 2) Объясните патогенез и перечислите возможные причины основного заболевания.
- 3) Объясните патогенез осложнения основного заболевания.
- 4) Какая дальнейшая лечебная тактика?

Задача №21

На амбулаторный приём к детскому хирургу обратилась мама с дочерью трех лет с жалобами на прожилки крови в стуле. Из анамнеза: около двух недель назад девочка перенесла коронавирусную инфекцию, получала лечение супраксом в течение 7 дней. На фоне антибиотикотерапии стул стал тугим, 1 раз в 3 дня. Девочка тужилась во время акта дефекации. Три дня назад в туалетном горшке мама заметила алую кровь, в виде прослойки сбоку на плотных оформленных каловых массах, девочка пожаловалась, что ей больно какать, намеренно удерживает акт дефекации. При осмотре: живот симметричный, умеренно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Наружные половые органы развиты по женскому типу, правильно, без признаков воспаления. Мочится свободно, безболезненно, моча прозрачная. Сегодня стула не было. Ректально пальцевое исследование: анус сомкнут, на 6 часах воображаемого циферблата обнаружена трещина с розовым дном, уходящая за наружный сфинктер. Тонус сфинктера удовлетворительный, в прямой кишке плотные каловые массы. Крови на перчатке нет. Ребёнок умеренно беспокоен во время осмотра.

Вопросы:

- 1) Сформулируйте диагноз. Укажите причину возникновения заболевания.
- 2) Какие дополнительные диагностические методы исследования необходимо провести?
- 3) Назначьте лечение. Нуждается ли ребёнок в госпитализации?
- 4) Нуждается ли ребёнок в консультации других специалистов, если да, то каких и с какой целью?

Задача №22

Бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в приёмный покой детской хирургической больницы доставлен мальчик 12 лет с жалобами на боли в животе, многократную рвоту, гипертермию до 39. Из анамнеза заболевания: боли в животе появились 2 дня назад, за медицинской помощью не обращались, мама давала ребёнку нурофен, боли после приёма препарата стихали, потом возникали вновь, к концу первых суток болезни поднялась Т до 38°C, мама начала давать ребёнку супракс и вызвала педиатра. Педиатр, осмотрев ребёнка, предположила начинающееся ОРЗ, назначила продолжить начатую и вызовом бригады СМП при ухудшении состояния. За 4 часа до вызова бригады СМП мальчик почувствовал улучшения, боли в животе стихли, но через 20 мин возобновились с большей интенсивностью, возникла многократная рвота, Т поднялась до 39°C. При осмотре: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые, слизистые оболочки суховаты, язык обложен белым налётом. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот не вздут, симметричный, в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечается musculus defans, резкая болезненность; перитонеальные симптомы положительные. УЗИ: перистальтика

кишечника значительно снижена, червеобразный отросток диаметром до 10 мм, анэхогенен, слои стенки не дифференцируются. Мезентериальные лимфатические узлы не увеличены. Имеется значительное количество свободной жидкости в брюшной полости, неоднородной консистенции с анэхогенной взвесью.

Вопросы:

- 1) Поставьте диагноз. Перечислите формы основного заболевания и его осложнения. Какая форма вероятнее всего в рассматриваемом случае?
- 2) Объясните возможную причину, почему педиатр не смогла поставить точный диагноз.
- 3) Чем вызвано кратковременное улучшение в состоянии ребёнка?
- 4) Дальнейшая тактика хирурга?

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

Тестирование (1 этап)

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

Практические навыки и умения (2 этап)

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Собеседование (3 этап)

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Детская хирургия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования] / [А. Ф. Дронов и др.]; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1040 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439593.html
2.	Детская хирургия [Электронный ресурс] / под ред. А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439593.html
3.	Детская хирургия [Электронный ресурс]: нац. рук.: [учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей] / [А. Б. Алхасов и др.]; под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 1164	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431443.html

	с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	
4.	Анестезия в детской практике [Текст]: [учебное пособие для высшего образования] / [Э. Г. Агавелян, А. В. Адлер, В. Л. Айзенберг и др.]; под ред. В. В. Лазарева. - Москва: МЕДпресс-информ, 2016. - 551 с. : ил.	10
5.	Детская урология – андрология [Электронный ресурс]: [учеб. пособие] / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420645.html
6.	Травматология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [О. Е. Агранович и др.]; под. ред. Г. П. Котельникова, С. П. Миронова. – 2-е изд. перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1102 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970420508.html
7.	Медицинские манипуляции [Электронный ресурс] / М. Стоунхэм, Д. Вэстбрук. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011.– 152 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/IGTR0001.html
8.	Врожденные пороки черепа и лица у детей [Текст] / А. Г. Притыко. - Москва: Буки Веди, 2017. - 375 с.: ил. - Библиогр.: С. 331-370. - В Содерж. авт. : А. Г. Притыко, И. В. Бурков, Е. В. Неудухин [и др.].(в пер.).	11
9.	Неонатология [Текст]: [учеб. пособие для вузов]: в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.	5
10.	Актуальные вопросы детской хирургии [Текст]: методическое пособие для врачей / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии; А. Ф. Дронов и др. ; под ред. А. В. Гераськина. - Москва: ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, 2009.	5
11.	Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных [Текст]: методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва: РГМУ, 2010. - 50 с.	5
12.	Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 [Текст] : учеб.-метод. пособие для лечеб. фак. / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии; разраб.: С. Л. Коварский и др.; под ред. А. В. Гераськина. -Москва: РГМУ, 2008.	5
13.	Амбулаторная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В. В. Леванович, Н. Г. Жила, И. А. Комиссаров. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 144 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430163.html
14.	Неотложная помощь и интенсивная терапия в педиатрии [Текст]: руководство: [учебное пособие] / [В. Л. Айзенберг, В. Г. Амчеславский, М. В. Быков и др.] ; под ред. В. В. Лазарева. - Москва: МЕДпресс-информ, 2014. - 566 с. : рис., табл. - Библиогр. : С. 524-525.	10
15.	Неотложная хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / М. П. Разин [и др.] - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015.-	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434246.html

	328с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	
16.	Атлас хирургических болезней детского возраста [Электронный ресурс]: [учебное пособие] / А. Ю. Разумовский, Т. Н. Кобзева, А. И. Гуревич [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова ; [сост. : Л. Б. Меновщикова, А. Н. Текотов, Ю. В. Петрухина и др.] ; под ред. А. Ю. Разумовского, Т. Н. Кобзевой, А. И. Гуревич. – Москва, 2021. – Электронная программа (визуальная). – Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=77bn.pdf&show=dcatalogues/1/4584/77bn.pdf&view=true
17.	Острый аппендицит [Текст]: [учебное пособие] / А. В. Сажин, Т. В. Нечай, А. И. Кириенко. – Москва: МИА, 2019. – 206 с. : ил. – (Новые решения старых хирургических проблем ; Кн. 1). – Библиогр. : С. 201-204. – Предм. указ. : С. 205-206.	10
18.	Атлас эндокринной хирургии [Электронный ресурс] / С. Э. Карти, Д. Г. Бельцевич. – Москва: Логосфера, 2019. – Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/atlas-endokrinnoj-hirurgii-8123771/
19.	Абдоминальная хирургическая инфекция [Текст]: рос. нац. рекомендации / [Абакумов М. М., Багненко С. Ф., Белобородов В. Б. и др.] ; Рос. о-во хирургов и др. – Москва : [б. и.], 2011.	5
20.	Торакальная хирургия [Текст]: учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [А. Ю.Разумовский, В. Е. Рачков, Е. В. Феоктистова и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. – Москва : РГМУ, 2010.	5
21.	Травматические повреждения детского возраста [Текст] : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии; [Е. П. Кузнецихин, Д. Ю. Выборнов, В. М. Крестьяшин и др.; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. – Москва: РГМУ, 2010.	5
22.	Травматология и ортопедия [Электронный ресурс]:[учеб. для высш. проф. образования] / под ред. Н. В. Корнилова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 585 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453896.html
23.	Торакоабдоминальная компьютерная томография. Образы и симптомы. [Электронный ресурс]: [учебное пособие] Юдин, А. Л. / РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2012. – Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=3349.pdf&show=dcatalogues/1/1996/3349.pdf&view=true
24.	Организация ухода за больными хирургического профиля [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. дет. хирургии; [разраб. Т. Н. Кобзевой; под ред. А. Ю. Разумовского]. – Москва: [б. и.], 2015. – Adobe Acrobat Reader. – Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=12bn.pdf&show=dcatalogues/1/3303/12bn.pdf&view=true

25.	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс] / Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др.; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Электрон. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - Библиогр. : С. 88-95. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=26bn.pdf&show=dcatalogues/1/3515/26bn.pdf&view=true
26.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учеб. для мед. вузов / Н. В. Полунина. - М. : Мед. информ. агентство, 2010.	10
27.	Правовые основы охраны здоровья детского населения [Электронный ресурс] : учебное пособие / [сост. : Т. В. Яковлева, Д. И. Зеленская, В. Ю. Альбицкий, В. В. Полунина] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. и соц. педиатрии фак. доп. проф. образования. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-ser?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190068.pdf&show=dcatalogues/1/4207/190068.pdf&view=true
28.	Правовые основы охраны здоровья детского населения [Электронный ресурс]: учебное пособие / [сост. : Т. В. Яковлева, Д. И. Зеленская, В. Ю. Альбицкий, В. В. Полунина] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. и соц. педиатрии фак. доп. проф. образования. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-ser?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190068.pdf&show=dcatalogues/1/4207/190068.pdf&view=true