

Министерство здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики
Государственное образовательное учреждение
«Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко»
Медицинский институт им. Н.В. Склифосовского
Центр медицинского послевузовского образования

УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения ПМР

К.В.Албул

«29» 12 2025г.



СОГЛАСОВАНО

Ученым советом института

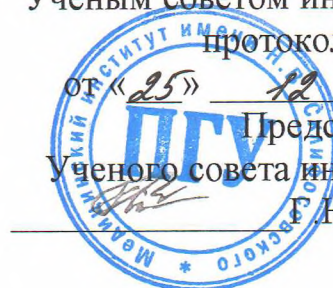
протокол № 5

от «25» 12 2025г.

Председатель

Ученого совета института

Г.Н.Самко



ПРОГРАММА
ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ
образовательной программы послевузовского профессионального
образования- программы ординатуры

Специальность **31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Квалификация выпускника: врач – детский хирург

Трудоемкость: 108 часов-3з.е.

Сроки проведения: с 29 июня 2026г. по 11 июля 2026г.

Тирасполь, 2025

Программа итоговой государственной аттестации образовательной программы послевузовского профессионального образования- программы ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия разработана в соответствии с Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.16 Детская хирургия (утвержденным Приказом Министерства Просвещения Приднестровской Молдавской Республики № 664 от 28.07.2021г. «Об утверждении и введении в действие Государственного образовательного стандарта послевузовского профессионального образования - ординатуры)

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании кафедры Хирургии протокол № 4 от «25» ноября 2025 г.

Заведующий кафедрой Хирургии  А.А. Ботезату

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УМК Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

« 4 » 12 2025 г. (протокол № 5)

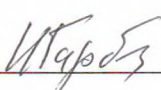
Председатель УМК  И.Б. Левицкая

Программа итоговой государственной аттестации рассмотрена на заседании УС Медицинского института им. Н.В. Склифосовского

« 25 » 12 2025 г. (протокол № 5)

Председатель УС  Г.Н. Самко

Программу составили:

Профессор, д.мед.н.  Гарбуз И. Ф.

Содержание

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.
2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры
3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации.
4. Форма и структура итоговой государственной аттестации.
 - 4.1 Форма итоговой государственной аттестации.
 - 4.2 Трудоёмкость итоговой государственной аттестации.
 - 4.3 Структура итоговой государственной аттестации.
5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.
6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации.
 - 6.1 Критерии оценки результатов тестирования
 - 6.2 Критерии оценки практических навыков и умений.
 - 6.3 Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.
7. Содержание государственного экзамена.
 - 7.1 Тестирование
 - 7.2 Практические навыки.
 - 7.3. Устное собеседование
8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Приложения

1. Цель и задачи итоговой государственной аттестации.

Цель - определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям Государственному образовательному стандарту послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия».

Задачи:

— установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности всех компетенций, предусмотренных Государственным образовательным стандартом послевузовского профессионального образования- ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия», характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации - врач – детский хирург).

— принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему итоговую государственную аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации.

2. Место итоговой государственной аттестации в структуре программы ординатуры

Итоговая государственная аттестация относится к базовой части программы - Блок 3. итоговая государственная аттестация и завершает процесс освоения имеющих государственную аккредитацию образовательных программ ординатуры.

Итоговая государственная аттестация образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» завершается присвоением квалификации " врач – детский хирург".

3. Результаты обучения, оцениваемые на итоговой государственной аттестации

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица женского пола (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку готовности выпускников, освоивших программу ординатуры, к следующим видам профессиональной деятельности:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Итоговая государственная аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- а) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу - УК1;
- б) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия - УК2;
- в) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование - УК3.

Профессиональные компетенции (ПК):

- а) профилактическая деятельность:
 - 1) готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания - ПК1;
 - 2) готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными - ПК2;
 - 3) готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях - ПК3;
 - 4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков - ПК4;
- б) диагностическая деятельность - готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - ПК5;
- в) лечебная деятельность:
 - 1) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи - ПК6;
 - 2) готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации - ПК7;
- г) реабилитационная деятельность - готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении - ПК8;
- д) психолого-педагогическая деятельность - готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих - ПК9;
- е) организационно-управленческая деятельность:

1) готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях - ПК10;

2) готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей - ПК11.

4. Форма и структура итоговой государственной аттестации

4.1. Форма итоговой государственной аттестации

Итоговая государственная аттестация обучающихся по образовательной программе послевузовского профессионального образования- программы ординатуры 31.08.16 «Детская хирургия» проводится в форме государственного экзамена.

4.2. Трудоемкость итоговой государственной аттестации

Объем итоговой государственной аттестации составляет 3 зачетные единицы (108 академических часов), из которых 2 зачетные единицы (72 академических часа) отводится на подготовку к государственному экзамену, 1 зачетная единица (36 академических часов) - сдачу государственного экзамена.

4.3. Структура итоговой государственной аттестации

В Блок 3 " Итоговая Государственная аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена. Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап - тестирование проводится для получения результатов освоения образовательной программы, которых имеют определяющее значение в дальнейшей профессиональной деятельности, а также для получения сертификата специалиста с целью определить готовность специалиста к самостоятельной профессиональной (медицинской) деятельности. Во время тестирования обучающийся выбирает правильный(е) ответ(ы) из предложенных нескольких вариантов ответов. Каждый обучающийся отвечает на 100 тестовых вопросов, на решение которых отводится 120 минут(2 астрономических часа). Тестирование проводится в ручную на бумажных носителях распечатанных для каждого обучающегося.

2 этап - оценка практических навыков и умений - состоит из ответов на вопросы по практическим навыкам и умениям, приобретенным в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – устный экзамен по дисциплине Детская хирургия с целью определения сформированности профессиональных компетенций обучающегося, профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Каждый билет состоит из пяти теоретических вопросов, в процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные вопросы в рамках билета. На подготовку к ИГА обучающемуся выделяется 2 недели. После выбора билета ординатор готовится к ответу 30 минут, отвечает согласно регламенту 20 минут. По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

Этапы государственного экзамена	Компетенции, которые оцениваются в ходе этапа
1 этап - в форме тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11.
2 этап - оценка практических навыков и умений	
3 этап – устный экзамен по дисциплине	

5. Порядок подготовки и проведения итоговой государственной аттестации.

Проведение ИГА определяется календарным учебным графиком, выполнением индивидуального плана ординатора и расписанием ИГА.

Перед итоговой государственной аттестацией обучающиеся должны ознакомиться с программой ИГА за 6 месяцев с программой ИГА.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, в период практической подготовки ординаторов на базе практики.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (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.

6. Критерии оценки результатов итоговой государственной аттестации. Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Критерии оценки результатов тестирования

Подведение итогов 1 этапа в форме тестирования. Результат решения тестов оценивается по пятибалльной системе:

- 49% и менее правильных ответов - «неудовлетворительно»;
- 50% - 70% - «удовлетворительно»;
- 71% - 84% - «хорошо»;
- 85% - 100% - «отлично».

6.2. Критерии оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол ИГА. Обучающиеся, получившие оценку «неудовлетворительно» к 3 этапу государственного экзамена не допускается, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями - знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями - знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний - не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская

грубые ошибки.

6.3. Критерии оценки устного экзамена по дисциплине.

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

- «отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным дисциплинам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, характеризующие уровень освоения необходимых компетенций, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов, характеризующих уровень освоения необходимых компетенций.

7. Содержание государственного экзамена

7.1. Тестирование: Приложение 1

7.2. Практические навыки: Приложение 2

7.3. Устное собеседование Приложение 3

8. Учебно-методическое и информационное обеспечение итоговой государственной аттестации.

Основная литература:

1. Разумовский, А. Ю. Хирургическое лечение портальной гипертензии у детей [Текст]. - М. : МИА, 2012. https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/2348_Razumovski.pdf
2. Хирургическая гастроэнтерология детского возраста. Под. ред. Подкаменев В. В. Москва, «МИА», 2012. https://medkniga.ru/files/book_fragments_files/2757_Podkamenev.pdf
3. Эндохирургические операции у новорожденных. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «МИА», 2015. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%94%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F/%D0%94%D0%B5%D1%82%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D1%85%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%80%D0%B3%D0%B8%D1%8F-%20%D0%A2%D0%BE%D0%BC%20-%20%D0%90%D0%BB%D0%B8%D0%B5%D0%B2%20%D0%9C-%202018.pdf>

4. Позвоночно-спинномозговая травма у детей. Под. ред. Баиндурашвили А.Г. С.-Пб. «Онли-Пресс». 2016. <http://nauteh-journal.ru/files/24a75590-68c3-4fbf-ad2d-f8838002d96d>
5. Гематогенный остеомиелит у детей. Под. ред. Стрелков Н. С. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2018.
6. Белов, Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники [Текст]. - Москва : МИА, 2011. - 463 с. <https://webirbis.qmu.kz/lib/document/BOOK/88D02796-F0F4-4A31-887F-400072CB5B1E/>
7. Степаненко С. М. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия у детей. ГЭОТАР-Медиа, 2016. <https://e-library.sammu.uz/uploads/books/Rus%20tilidagi%20adabiyotlar/%D0%90%D0%BD%00%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%20%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%90%D0%BD%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D1%80%D0%B5%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%20%D0%B8%D0%BD%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F%20%D1%83%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9-%D0%A1-%D0%9C-%D0%A1%D1%82%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE-%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0%202016.pdf>
8. Анестезиология и интенсивная терапия в педиатрии : учебник / Агавелян Э. Г., 2011
9. Разин М. П. Детская урология – андрология [Электронный ресурс] : [учеб. пособие] / М. П. Разин, В. Н. Галкин, Н. К. Сухих. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 128 с.
10. Неонатология. Практические рекомендации. Под ред. Райнхард Рооз.-М. Медицинская литература-2011г- 568 с. <https://www.labyrinth.ru/books/268757/>
11. Урология: нац. рук. / под ред. Н. А. Лопаткина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
12. Травматология: 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.

Дополнительная литература:

1. Национальное руководство «Детская хирургия». Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009. <https://www.rosmedlib.ru/book/isbn9785970406793.html>
2. Практическое руководство по детским болезням. Т. 13 : Основы детской хирургии : пособие для практикующих врачей / под ред. А. В. Гераськина. - М. : Медпрактика-М, 2009.
3. Хирургическое лечение гастроэзофагального рефлюкса у детей. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010. <https://cyberleninka.ru/article/n/razumovskiy-a-yu-alhasov-a-b-hirurgicheskoe-lechenie-gastroezofagealnogo-reflyuksa-u-detey-rukovodstvo-dlya-vrachey-m-geotar-media-2010-200>
4. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей. Под. ред. Разумовский А. Ю. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2010. https://profbook.com.ua/index.php?route=product/product/download&product_id=7787&download_id=763&srsId=AfmBOorHG_sQTe3b1pvxwtwHmwMEwDSBIGmqLZK83KDin26WeUf9AGFM
5. Срочная хирургия детей. Руководство для врачей. Под. ред. Баиров Г.А. С.-Пб. «Питер». 1997.

6. Интенсивная терапия в педиатрии : практ. рук. / В. И. Гребенников и др. ; под ред. В. А. Михельсона. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2007.
7. Шабалов, Н. П. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. Т. 1. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009. https://static-sl.insales.ru/files/1/6095/12482511/original/neonat_t2_sod.pdf
8. Шабалов, Н. П. Неонатология [Текст] : [учеб. пособие для вузов] : в 2 т. / Н. П. Шабалов. - 5-е изд., испр. и доп. - Т. 2. - Москва : МЕДпресс-информ, 2009.
9. Актуальные вопросы детской хирургии : 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.
10. Диагностика и интенсивная терапия в хирургии новорожденных : методические рекомендации / Российский государственный медицинский университет ; [Т. В. Красовская, Т. Н. Кобзева, Н. В. Белобородова, Ю. В. Жиркова]. - Москва : РГМУ, 2010. - 50 с.
11. Детская хирургия. Диагностика и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста: [учеб.-метод. пособие для лечеб. фак.] / Рос. гос. мед. ун-т, каф.дет. хирургии ; [С. Л. Коварский, Л. Б. Меновщикова, С. Г. Врублевский и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
12. Хирургические болезни и интенсивная терапия неотложных состояний детского возраста. Разд. 9 : 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.
13. Детская травматология. Под. ред. Баиров Г.А. С.-Пб. «Питер». 2000.
14. Атлас по детской урологии. Под. ред. Куликова П.В. Москва, «ГЭОТАР-Медиа», 2009.
15. Атлас детской оперативной хирургии. Под. ред. Пури. П. перевод с англ.: Немиловой Т.К. Москва, «МЕДпресс-информ», 2009.
16. Долецкий С.Я. и др. Хирургия новорожденных: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1976.
17. Исаков Ю.Ф. Хирургические болезни у детей. – М.: Медицина, 1998.
18. Педиатрия. Под. ред. Шабалов Н.П. С.-Пб.:СпецЛит, 2002.
19. Пропедевтика клинических дисциплин / Под. ред. Э.М. Аванесьяна. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.
20. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных: острый период и поздние осложнения. – М.: Бином, 2005.
21. Руководство по педиатрии: Неотложная помощь и интенсивная терапия / Под. ред. М. Роджерса, М. Хелфаера. – СПб., 1999.
22. Шиляев Р.Р. и др. Болезнь детей старшего возраста: Руководство для врачей. – М.: Мед. Пресс-информ, 2002.
23. Эрман М.В. Нефрология детского возраста в схемах и таблицах. – СПб.: Специальная литература, 1997.
24. Неотложная и абдоминальная хирургия. Разд. 4 : метод. пособие / Рос. гос. мед. ун-т, Каф. дет. хирургии ; разраб. : Н. Д. Шумов и др. ; под ред. А. В. Гераськина. – М. : РГМУ, 2008.
25. 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.
26. Торакальная хирургия : 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.

27. Ортопедия : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [Е. П. Кузнечихин, В. М. Крестьяшин, Д. Ю. Выборнов и др. ; под ред А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
28. Травматические повреждения детского возраста : учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра детской хирургии ; [Е. П. Кузнечихин, Д. Ю. Выборнов, В. М. Крестьяшин и др. ; под ред. А. В. Гераськина, Т. Н. Кобзевой]. - Москва : РГМУ, 2010.
29. Эндотоксиновая агрессия как причина послеоперационных осложнений в детской хирургии : (новые перспективы профилактики) / М. В. Мешков, Ю. К. Гатауллин, В. Б. Иванов, М. Ю. Яковлев. - М. : КДО-тест, 2007. - 143 с. : ил. - (Новые лечебно-диагностические технологии ; кн. 2).
30. Кампхаузен, У. Уход в хирургической практике : [руководство] / У. Кампхаузен ; пер. с нем. М. Д. Дибирова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 469 с. : ил. - Пер. изд. : *Klinikleitfaden Chirurgische Pflege* / hrsgb. U. Kamphausen. (2. vol. uber. Aufl. Munchen: Jena : Elsevier : Urban und Fischer).
31. Синдром объемного образования брюшной полости и забрюшинного пространства у новорожденных [Текст] : методические рекомендации / Министерство здравоохранения РФ, Российский государственный медицинский университет ; разраб. : Т. Н. Кобзева, Н. В. Голоденко. - Москва : РГМУ, 2008.
32. Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей [Текст] : атлас / под ред. А. Ф. Дронова, А. Н. Смирнова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 257 с.
33. Банкалари Э. Легкие новорожденных [Электронный ресурс] : практ. рук. : пер. С англ. / Э. Банкалари. – Москва : Логосфера, 2015. – 672 с. – (Проблемы и противоречия в неонатологии). –
34. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии [Текст]: нетрадиционная книга для обучающихся и думающих хирургов : пер. с англ. / М. Шайн и др. ; под ред. М. Шайна и др. - 3-е изд. - [Б. м.] : [б. и.], [2010]. - 651 с. :ил. - Пер. изд.: *Schien's Common Sense Emergency Abdominal Surgery* / M. Schein et.al. (Berlin, Heidelberg, Springer, 2010).

- 11.01. Червеобразный отросток — это:
- А) рудимент;
 - Б) функциональный орган;
 - В) порок развития;
 - Г) аномалия;
 - Д) вариант развития.
- 11.02. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит:
- А) обязательно;
 - Б) необязательно;
 - В) у детей младшего возраста по показаниям;
 - Г) у девочек по показаниям;
 - Д) в зависимости от клиники.
- 11.03. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:
- А) усиление болей при расположении на левом боку;
 - Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
 - В) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
 - Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
 - Д) правое яичко расположено выше левого.
- 11.04. Симптом Думбадзе при остром аппендиците - это:
- А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области;
 - Б) болезненность при пальпации области пупочного кольца;
 - В) уменьшение болей в положении на животе;
 - Г) усиление болей при отведении купола кишки медиально;
 - Д) снижение или отсутствие брюшных рефлюксов.
- 11.05. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево;
 - Б) гиперлейкоцитоз;
 - В) лейкопения;
 - Г) отсутствие изменений;
 - Д) ускоренное СОЭ.
- 11.06. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн — Геноха у больного с абдоминальным синдромом является:
- А) болезненное опухание суставов;
 - Б) геморрагические высыпания на коже;
 - В) гематурия, альбуминурия;
 - Г) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи;
 - Д) комбинация перечисленных симптомов.
- 11.07. У ребенка клиническая картина, характерная для острого мезоаденита. В этом случае необходимы:
- А) наблюдение;
 - Б) срочное оперативное вмешательство разрезом в правой подвздошной области;
 - В) лапароскопия;
 - Г) назначение антибактериальной терапии;
 - Д) перевод больного в терапевтическое отделение.
- 11.08. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:
- А) невозможен;
 - Б) возможен при начальной стадии воспаления;
 - В) возможен при флегмонозном аппендиците;
 - Г) возможен при гангренозном аппендиците;
 - Д) возможен даже при перфоративном аппендиците .

- 11.09. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение:
- А) на спине;
 - Б) на животе;
 - В) на правом боку с приведенными ногами;
 - Г) на левом боку;
 - Д) сидя.
- 11.10. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:
- А) ввести промедол;
 - Б) ввести седуксен;
 - В) ввести спазмолитики;
 - Г) сделать теплую ванну;
 - Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна.
- 11.11. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:
- А) 3 часами;
 - Б) 6 часами;
 - В) 12 часами;
 - Г) 18 часами;
 - Д) 24 часами.
- 11.12. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного — острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:
- А) срединную лапаротомию;
 - Б) лапаротомию разрезом по Пфаненштилю;
 - В) лапаротомию разрезом в правой подвздошной области;
 - Г) лапароскопию;
 - Д) динамическое наблюдение.
- 11.13. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:
- А) наблюдение;
 - Б) консервативное лечение;
 - В) лапароскопия;
 - Г) лапаротомия в правой подвздошной области;
 - Д) срединная лапаротомия.
- 11.14. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:
- А) локальная боль и рвота;
 - Б) напряжение мышц брюшной стенки и рвота;
 - В) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
 - Г) симптом Щеткина и рвота;
 - Д) жидкий стул и рвота.
- 11.15. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
- А) одномоментное введение антибиотиков;
 - Б) резиновый выпускник;
 - В) марлевый тампон;
 - Г) промывание брюшной полости;
 - Д) тампон Микулича.
- 11.16. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
- А) одномоментное введение антибиотиков;
 - Б) двухпросветный дренаж;
 - В) резиновый выпускник;
 - Г) промывание брюшной полости;

Д) тампон Микулича.

11.17. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс с ригидными стенками. Ему следует выполнить:

- А) микроирригатор;
- Б) промывание брюшной стенки;
- В) марлевый тампон;
- Г) двухпросветный дренаж;
- Д) резиновый выпускник.

11.18. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- А) стационарное наблюдение;
- Б) амбулаторное наблюдение;
- В) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- Г) срочная операция;
- Д) операция в плановом порядке.

11.19. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Обильный гнойный выпот. Умеренные фибринозные наложения и инфильтрация тканей, парез кишечника. Операцию следует закончить:

- А) одномоментной санацией брюшной полости путем промывания;
- Б) лаважом брюшной полости после операции;
- В) лапаростомией;
- Г) ввести микроирригаторы;
- Д) дренирование брюшной полости в подвздошных областях.

11.29. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- А) проведение консервативных мероприятий;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов;
- Г) срочная операция;
- Д) операция после предоперационной подготовки.

11.30. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:

- А) срочная операция;
- Б) наблюдение;
- В) дача бария, наблюдение;
- Г) дача бария, проведение консервативных мероприятий;
- Д) операция в плановом порядке.

11.31. При спаечно-паретической непроходимости кишечника сроки консервативной терапии не должны превышать:

- А) 3-6 час;
- Б) 6-12 час;
- В) 12-24 час;
- Г) 24-48 час;
- Д) 48-72 час.

11.32. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

- А) с ректального пальцевого исследования;
- Б) с ирригографии с воздухом;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
- Г) с введения зонда в желудок;
- Д) с дачи бариевой взвеси через рот.

11.33. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:

- А) возрастная дискоординация перистальтики;
- Б) изменение или нарушение режима питания;
- В) диспепсия;
- Г) респираторно-вирусная инфекция;
- Д) органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние).

11.34. У ребенка 10 месяцев приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевое образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз — инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:

- А) как начальный период;
- Б) как период ярких клинических проявлений;
- В) как период непроходимости кишечника;
- Г) как явления перитонита;
- Д) период осложнений.

11.35. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:

- А) расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем;
- Б) пальпаторное расправление инвагината под наркозом;
- В) расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа;
- Г) расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа;
- Д) оперативное лечение.

11.36. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- А) острый аппендицит;
- Б) инвагинация кишечника;
- В) аппендикулярный инфильтрат;
- Г) кишечная инфекция;
- Д) опухоль брюшной полости.

11.37. У ребенка 8 месяцев клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания — 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:

- А) ирригографию с воздухом;
- Б) ирригографию с бариевой смесью
- В) колоноскопию;
- Г) лапароскопию;
- Д) исследование ректального давления.

11.38. Главное достоинство применения колоноскопии при инвагинации кишечника состоит:

- А) в отказе от рентгеновского обследования;
- Б) в визуальной диагностике инвагината;
- В) в визуальном контроле за расправлением инвагината;
- Г) в возможности выявить органическую причину инвагинации;
- Д) в возможности решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания.

11.39. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- А) лапароскопия;
- Б) колоноскопия;
- В) ирригография с воздухом;
- Г) ирригография с бариевой смесью;
- Д) пальпация живота под наркозом.

11.40. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез по Пфаненштилю.

11.41. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 12 часов консервативные лечебные мероприятия оказались неэффективными. Инвагинат пальпируется в эпигастральной области. В этом случае предпочтительна:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ;
- Д) разрез в правом подреберье.

11.42. У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. В этом случае предпочтительна:

- А) срединная лапаротомия;
- Б) поперечная лапаротомия;
- В) разрез в правой подвздошной области;
- Г) параректальный доступ справа;
- Д) параректальный доступ слева.

11.43. У ребенка во время операции по поводу запущенной инвагинации кишечника обнаружены некрозы дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:

- А) резекцию явно некротизированного участка кишки, илеосто-му, плановую релапаротомию через 12 часов;
- Б) резекцию всей подвздошной кишки, илеостому;
- В) резекцию подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз;
- Г) выведение на кожу измененного участка кишки петлей;
- Д) резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз.

11.44. Оптимальные сроки закрытия илеостомы у ребенка 3 месяцев, оперированного по поводу инвагинации кишечника, при гладком послеоперационном течении составляют:

- А) 5-7 дней;
- Б) 1 мес;
- В) 3 мес;
- Г) 6 мес;
- Д) 1 год.

11.45. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

11.46. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) спленэктомию;
- Б) попытку ушивания дефекта;
- В) перевязку селезеночной артерии;
- Г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке;
- Д) спленэктомию с имплантацией пульпы селезенки.

11.47. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

- А) с рентгенографии брюшной полости;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с лапароскопии;
- Г) с лапароцентеза;
- Д) с внутривенной урографии.

- 11.48. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, осмотр брюшной полости;
 - В) лапароскопия, установка длительного дренажа;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 11.49. У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия, ревизия;
 - В) лапароскопия, длительный дренаж;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 11.50. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В) лапаротомию;
 - Г) наблюдение;
 - Д) наблюдение, консервативную терапию.
- 11.51. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:
- А) с рентгенографии брюшной полости;
 - Б) с ультразвукового исследования;
 - В) с лапароцентеза;
 - Г) с лапароскопии;
 - Д) с внутривенной урографии.
- 11.52. У ребенка с травмой живота диагностирован разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Состояние средней тяжести. Гемодинамика не стабильна. Ребенку необходимы:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;
 - В) установка длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомия, ревизия брюшной полости;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 11.53. У ребенка травма живота. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение состояния. Нестабильность гемодинамики. Ребенку следует рекомендовать:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопию;
 - В) установку длительного дренажа брюшной полости;
 - Г) лапаротомию;
 - Д) наблюдение, консервативная терапия.
- 11.54. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:
- А) срединная лапаротомия;
 - Б) поперечная лапаротомия;
 - В) разрез в левом подреберье;
 - Г) параректальный доступ;
 - Д) трансректальный доступ.
- 11.55. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:
- А) лапароцентез;
 - Б) лапароскопия;

- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

11.56. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) консервативная терапия;
- Д) наблюдение.

11.57. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:

- А) лапароцентез;
- Б) лапароскопия;
- В) лапаротомия;
- Г) наблюдение;
- Д) консервативная терапия.

11.58. У ребенка 7 лет во время операции обнаружено размоложение участка тела поджелудочной железы. Наиболее рациональная тактика включает:

- А) марлевый тампон через срединную рану;
- Б) марлевый тампон через контрапертуру;
- В) промывание брюшной полости, страхового дренаж в малый таз;
- Г) установка сквозного дренажа вдоль железы;
- Д) удаление тела и хвоста железы, тампонада.

11.59. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:

- А) рентгенографию брюшной полости;
- Б) лапароцентез;
- В) лапароскопию;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) ангиографию.

11.60. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:

- А) лапароскопия;
- Б) лапароцентез;
- В) лапаротомия;
- Г) ультразвуковое исследование;
- Д) наблюдение.

11.61. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является:

- А) ультразвук;
- Б) рентгеновский обзорный снимок;
- В) лапароскопия;
- Г) гастроэноскопия;
- Д) исследование желудка с бариевой взвесью.

11.62. У больного с травмой живота во время операции обнаружены субсерозные гематомы кишки и желудка. В этом случае наиболее рационально:

- А) вскрытие гематом, ревизия стенки органа;
- Б) пункция и эвакуация гематом;
- В) оставление гематом;
- Г) погружение гематом серозномышечными швами;
- Д) резекция пораженных участков.

11.63. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной стенки

и рентгенологически подтвержденным инородным телом во время операции инородное тело не обнаружено. Наиболее рационально в этом случае:

- А) настойчивые поиски инородного тела;
- Б) отказ от поисков;
- В) повторное рентгеновское исследование;
- Г) перенос больного в рентгеновский кабинет для направленных поисков;
- Д) использование рентгеноконтрастных методов для обнаружения инородного тела во время операции.

11.64. У ребенка с огнестрельным ранением брюшной полости произведена резекция пораженного участка тонкой кишки. Пареза кишечника нет. Для декомпрессии кишечника зонд следует ввести:

- А) трансанально;
- Б) трансназально;
- В) через гастростому;
- Г) через энтеростому;
- Д) зонда вводить не следует.

11.65. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь в желудке. Наиболее рациональны в этом случае:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) дача бариевой взвеси и наблюдение.

11.66. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. При рентгенологическом исследовании гвоздь фиксирован в желудке. В этом случае наиболее рациональна:

- А) гастроскопия;
- Б) гастротомия;
- В) наблюдение;
- Г) стимуляция моторики кишечника;
- Д) лапароскопия.

11.67. У ребенка, оперированного по поводу периаппендикулярного абсцесса, аппендэктомии и дренирования гнойника, на пятые сутки после операции стало поступать кишечное отделяемое из раны. В этом случае целесообразно:

- А) консервативное лечение;
- Б) расширение раны, ревизия;
- В) срединная лапаротомия, ревизия;
- Г) лапаротомия, терминальная стома для отключения;
- Д) лапаротомия, обходной анастомоз.

11.68. У ребенка в послеоперационном периоде после аппендэктомии и дренирования абсцесса, сформировался трубчатый свищ области илеоцекального угла. Оперативное вмешательство наиболее целесообразно в сроки:

- А) 3 мес;
- Б) 6 мес;
- В) 1 год;
- Г) 1,5 года;
- Д) индивидуальный подход.

11.69. У ребенка после повторной операции по поводу аппендикулярного перитонита сформировался полный кишечный свищ подвздошной кишки с пролабированием задней стенки кишки. Из оперативных методов наиболее рационален:

- А) ушивание кишки в ране;
- Б) резекция несущей части кишки с анастомозом;
- В) широкая мобилизация кишки и ушивание дефекта;
- Г) обходной анастомоз для отключения;
- Д) индивидуальное решение.

11.70. У ребенка во время операции по поводу подозрения на острый аппендицит червеобразный отросток не изменен, в брюшной полости обнаружено дуоденальное содержимое. Хирургу следует:

- А) провести ревизию тонкой кишки из разреза в правой подвздошной области;

- Б) расширить рану и выполнить ревизию брюшной полости;
 - В) перейти на срединную лапаротомию;
 - Г) перейти на параректальный доступ;
 - Д) выполнить аппендэктомию.
- 11.71. При перфоративной язве желудка у ребенка 10 лет целесообразно:
- А) ушивание язвы;
 - Б) иссечение язвы и ушивание дефекта;
 - В) Бильрот-I;
 - Г) Бильрот-II;
 - Д) Гофмейстер - Финстерер.
- 11.72. Рациональное отношение к «попутной» аппендэктомии:
- А) обязательное удаление отростка;
 - Б) стремление к оставлению червеобразного отростка;
 - В) аппендэктомия инвагинальным способом;
 - Г) удаление при атипичном расположении отростка;
 - Д) в зависимости от возраста больного.
- 11.73. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастриальной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:
- А) гастродуоденит;
 - Б) кровотечение из расширенных вен пищевода;
 - В) язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки;
 - Г) Меккелев дивертикул;
 - Д) неспецифический язвенный колит.
- 11.74. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:
- А) с контрастного исследования желудка и 12-перстной кишки;
 - Б) гастродуоденоскопии;
 - В) лапароскопии;
 - Г) лапаротомии и ревизии брюшной стенки;
 - Д) колоноскопии.
- 11.75. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Наиболее целесообразно:
- А) удаление Меккелева дивертикула;
 - Б) оставление дивертикула;
 - В) плановое удаление дивертикула через 2-3 месяца;
 - Г) на усмотрение хирурга;
 - Д) установка страхового дренажа для наблюдения.
- 11.76. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизмененный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:
- А) удаление дивертикула;
 - Б) оставление дивертикула;
 - В) введение стомы на уровне дивертикула;
 - Г) плановое удаление дивертикула через 3 месяца;
 - Д) плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки.
- 11.77. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно:
- А) клиновидная резекция;
 - Б) резекция под углом 45°;
 - В) резекция кишки с анастомозом конец в конец;
 - Г) резекция кишки, анастомоз бок в бок;
 - Д) на усмотрение хирурга.
- 11.78. При картине первичного перитонита рациональные действия хирурга предусматривают:
- А) лапароскопию;
 - Б) лапаротомию;
 - В) лапароцентез;

- Г) антибактериальную терапию;
- Д) наблюдение.

11.79. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование:

- А) с пальпации под наркозом;
- Б) с ультразвукового исследования;
- В) с обзорной рентгенографии брюшной полости;
- Г) с лапароскопии;
- Д) с внутривенной урографии.

11.80. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:

- А) острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность;
- Б) беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание;
- В) нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза;
- Г) мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков;
- Д) обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.

11.81. Постоянным симптомом внепеченочной формы портальной гипертензии является:

- А) гепатомегалия;
- Б) увеличение размеров живота;
- В) спленомегалия;
- Г) кровавая рвота;
- Д) асцит.

11.82. В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входит все следующие мероприятия, кроме:

- А) постельного режима;
- Б) исключения кормления через рот;
- В) зондирования желудка;
- Г) инфузионной гемостатической терапии;
- Д) парентального питания.

11.83. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в детском возрасте является:

- А) гормональные нарушения;
- Б) наследственность;
- В) пороки развития желчного пузыря;
- Г) нарушение обменных процессов;
- Д) хронический гепатит.

11.84. Ребенок 5 лет поступил с клиникой острого холецистита через 4 часа от начала заболевания. Ему следует рекомендовать:

- А) экстренное оперативное вмешательство;
- Б) динамическое наблюдение;
- В) консервативное лечение 6-8 часов, при неэффективности - операцию;
- Г) консервативное лечение 24-48 часов;
- Д) консервативное лечение до 72 часов, при неэффективности -операцию.

задача 1 Ребенок 12 лет обратился с жалобами на острую боль в правой половине мошонки, появившуюся два часа назад. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, при пальпации резко болезненное, малоподвижное. Кремастер-рефлекс не вызывается. Кожа мошонки отечная, гиперемирована.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 2 У ребенка 11 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздевидного сплетения, наполнение их увеличивается при напряжении ребенка. Яички в мошонке.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 3 У мальчика 4 месяцев родители заметили выбухание в правой паховой области. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный. В правой паховой области определяется округлое образование размерами 2 x 3 см, эластичной консистенции, легко вправляемое в брюшную полость.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 4 Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, движения ограничены.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Неотложная помощь

3. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

4. Лечебная тактика

задача 5 Мальчик 15 лет обратился в травматологический пункт с жалобами на боли в области правой голени. Из анамнеза известно, что травма произошла 3 часа назад, на тренировке по футболу получил удар в область передней поверхности голени. После чего продолжил тренировку, а по окончании – самостоятельно обратился к врачу. При осмотре определяется умеренный отек в области средней трети правой голени. При пальпации - умеренная болезненность в области средней трети голени по мягким тканям. Осевая нагрузка безболезненна. Движения в полном объеме, слабо болезненны. Ходит, слегка прихрамывая. Расстройств иннервации и микроциркуляции нет.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 6 В стационар доставлена девочка 10 лет. Из анамнеза известно, что в течение 3 дней жалобы на боли в горле, насморк, повышение температуры тела до 38,5. Получала амбулаторное лечение под наблюдением педиатра по месту жительства. Находилась дома. Накануне поступления появились боли в шее, усиливающиеся при попытках движений в шейном отделе, вынужденное положение головы, боли в ушах. На момент осмотра температура тела 37,2 (за 30 минут до осмотра родители самостоятельно дали девочке «Нурофен»). Голова наклонена вправо и повернута влево, при пальпации мышц шеи по задней и боковым поверхностям определяется болезненность, пальпируются увеличенные подчелюстные лимфоузлы. Слизистого отделяемого из носа на момент осмотра нет. Скопления слюны во рту нет, болезненность при глотании и попытке широко открыть рот.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 7 Мальчик, 15 лет, был доставлен в приемное отделение хирургии. На уроке физкультуры получил удар по голове баскетбольным мячом. После удара отмечал кратковременное потемнение в глазах, головокружение. В дальнейшем появились жалобы на тошноту, головную боль, через 20 минут после травмы была однократная рвота. При осмотре в приемном отделении состояние ребенка стабильное. Менингеальной симптоматики нет. При осмотре вялый. Зрачки OD=OS, фотореакция на свет сохранена. Движения глазных яблок не ограничены. Нистагм мелкоамплитудный установочный в крайних отведениях. Лицо симметричное. Очаговой симптоматики нет. Пошатывание в позе Ромберга. При пальпации волосистой части головы болезненность в теменной области.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 8 Мальчик, 8 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе через 9 часов от начала заболевания. Боли в животе появились сначала в эпигастриальной области, затем переместились в правую подвздошную область. Отмечалась однократная рвота, тошнота. Температура тела 37,2°C. При осмотре живот болезненный и напряженный в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 9 Девочка, 6 лет, поступила в приемное с жалобами на боли в животе. Заболела сутки назад, появилась боль внизу живота, однократная рвота, повышение температуры тела до 37,7°C. При поступлении состояние средней тяжести, температура тела 38,0°C. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. ЧСС 100 – 105 в минуту, АД 95/55 мм рт. ст. Живот не увеличен, напряженный и болезненный в нижних отделах, там же определяются симптомы раздражения брюшины. Также при осмотре замечены слизистогнойные выделения из половой щели. Клинический анализ крови: гемоглобин 112 г/л, лейкоциты 20,8 x 10⁹ /л, СОЭ 32 мм/ч.

Вопросы: 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 10 Мальчик, 11 лет, находится в отделении реанимации и интенсивной терапии. Оперирован 6 суток назад по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита, выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Состояние за время наблюдения с некоторой отрицательной динамикой, сохраняется лихорадка до 38,0 – 38,5°С, ЧСС 120 – 130 в минуту. Сутки назад появилась боль в правом подреберье и нижней части грудной клетки справа, одышка до 30 – 35 в минуту, тошнота, икота. При осмотре живот напряжен, болезненный во всех отделах, больше в правом подреберье, перистальтика ослаблена. При обзорной рентгенографии брюшной полости и грудной клетки определяется высокое стояние правого купола диафрагмы, ниже которой визуализируется округлая тень 4 x 7 см; сниженная воздушность нижней доли правого легкого.

Вопросы: 1. Какое состояние скорее всего развилось в этом случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Дальнейшая лечебная тактика

4. Чем может осложниться данное состояние?

задача 11 Мальчик, 7 месяцев, доставлен в приемное отделение с жалобами на периодическое беспокойство. Болен в течение 6 часов, когда ребенок внезапно стал беспокойным, была однократная рвота желудочным содержимым. В дальнейшем периоды беспокойства повторялись примерно каждые 30 минут; стула не было. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8°С. Кожа чистая, нормальной окраски, ЧСС 100 – 105 в минуту. Живот немного увеличен, мягкий, в правом подреберье определяется цилиндрическая структура, диаметром около 3 см, протяженностью до 10 см, плотно-эластичной консистенции, болезненная при пальпации. При ректальном исследовании на пальце определяется слизь.

Вопросы: 1. Какое состояние скорее всего развилось в этом случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 12 Девочка, 3 года, поступила в приемное отделение после ДТП. При осмотре: состояние тяжелое, в сознании, жалобы на боли в животе; ЧСС 100 – 105 в минуту, АД 100/55 мм рт. ст. Живот немного увеличен, мягкий, болезненный в правых отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Выполнено УЗИ брюшной полости: определяется разрыв паренхимы печени в области нижней доли по нижнему краю глубиной 20 – 25 мм; в правом латеральной канале и малом тазу определяется жидкость суммарно до 150 мл; другие органы – без патологии. В анализе крови: гемоглобин 102 г/л.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Неотложные мероприятия

4. Дальнейшая тактика ведения пациента

задача 13 Мальчик, 13 лет, доставлен в приемное отделение бригадой СМП после ДТП с жалобами на боль в животе. Во время ДТП находился на переднем сиденье и был пристегнут ремнем безопасности. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 37,8°. Кожные покровы бледные, ЧСС 110 – 115 в минуту, АД 100/55 мм рт. ст. На передней брюшной стенке в околопупочной и левой подвздошной областях ссадины и кровоподтеки. Живот увеличен в размерах, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные, перкуторно определяется тимпанит. Уровень гемоглобина 108 г/л, лейкоциты 15,7 x 10⁹ /л.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 14 В приемное отделение доставлен мальчик 5 лет. В день обращения появились жалобы на кровь во время дефекации. Общее состояние ребенка удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный. Местно: из заднепроходного отверстия пролабирует округлое образование размерами 1 x 2 см темно-вишневого цвета.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 15 Девочка, 1 месяц, родилась на 39-й неделе гестации, беременность и роды протекали без особенностей, меконий отошел к концу первых суток жизни, затем был стул желтого цвета. На четвертые сутки жизни развилась физиологическая желтуха, которая к моменту обращения не разрешилась. С 10-х суток родители заметили, что стул стал светлее, а к концу третьей недели жизни полностью обесцветился. При осмотре: ребенок нормального телосложения, удовлетворительного питания, выраженная иктеричность кожи и склер, живот немного увеличен в размерах, безболезненный, печень + 2 см от края реберной дуги, селезенка не увеличена, стул светло-серого цвета, моча темная. В анализе крови уровень общего билирубина 315,1 мкмоль/л, прямого билирубина 197,9 мкмоль/л, аланинаминотрансферазы 102,8 Ед/л, аспартатаминотрансферазы 217,1 Ед/л, гамма-глутамилтрансферазы 517 Ед/л.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 16 Девочка, 12 лет, обратилась на прием к хирургу в поликлинику с жалобами на болезненное образование в области левого бедра. Заболела 2 дня назад, появилась гиперемия, припухлость, болезненность в области левого бедра. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C. На внутренней поверхности левого бедра в области верхней трети участок отека, гиперемии размером 2 x 2 см, в центре определяется уплотнение размером 3 x 3 мм, флюктуации нет; пальпация резко болезненна.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 17 Мальчик, 14 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль в области правого предплечья. Месяц упал на деревянный штакетник, получил множественные раны правого предплечья. Одна из ран впоследствии нагноилась, выполнено вскрытие абсцесса, получил курс антибактериальной терапии (Амоксиклав) в течение 5 дней. Однако через неделю вновь возник отек, гиперемия, болезненность. При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,1°C. В средней трети правого предплечья по латеральной поверхности под кожей отмечается инфильтрат размерами 3 x 4 см, отек, гиперемия, в центре инфильтрата – флюктуация.

Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз

задача 18 Мальчик, 12 лет, обратился в поликлинику с жалобами на покраснение и боль в области левой голени. Заболел 2 суток назад, когда появилось покраснение в области левой голени, повышение температуры

тела до 38,5°C. При осмотре состояние средней тяжести, температура тела 38,3°C. ЧСС 100 – 105 в минуту, по передней поверхности левой голени в средней и нижней третях отмечается отек гиперемия кожи с четкими краями, болезненность при пальпации, кожа в этом месте на ощупь горячая.

Вопросы: 1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Прогноз и рекомендации

задача 19 Девочка, 11 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на боли в области правой голени. Заболел сутки назад, появилась боль в области правой голени, резко усиливающаяся при попытке опоры на пораженную конечность, повышение температуры тела до 38,0 – 38,4°C. Боль постоянная. Травму отрицает. При осмотре состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Правая голень немного отечна, пальпация и перкуссия в области верхней трети правой большеберцовой кости резко болезненна, осевая нагрузка также усиливает боль.

Вопросы: 1. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

2. Какие дополнительные исследования показаны данному пациенту?

3. Лечебная тактика

4. Профилактика осложнений

Перечень
Вопросов (теории) к аттестации (зачет с оценкой), 2 курса ординатуры по направлению **31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

1. Какая специфика работы детского хирурга?
2. В чем отличается работа персонала детского хирургического отделения?
3. Какие основные анатомо-физиологические особенности растущего организма?
4. В чем суть взаимоотношения хирурга, ребёнка, родителей?
5. Основные этапы подготовки ребенка к операции, роль родителей и родственников?
6. Что главное в сборе анамнеза у родителей?
7. Какая специфика лабораторных исследований в детской хирургии?
8. Какая специфика выполнения оперативных вмешательств у детей?
9. Специфика рентгенологических исследований ребенка с хирургическими заболеваниями?
10. Какая специфика проведения рентгенографии органов брюшной полости у детей различного возраста?
11. Какие показания и противопоказания для проведения рентгенологического исследования с контрастными веществами, виды, методики введения.
12. Какая специфика ультразвукового исследования в детской хирургии. Показания и противопоказания.
13. Специфика проведения компьютерной томографии в детской хирургической практике её преимущества перед другими способами рентген исследований
14. Специфика проведения ядерно-магнитно-резонанса в детской хирургии. Особенности проведения. Показания и противопоказания для проведения исследований.
15. Специфика эндоскопических методов исследования в детской хирургии.
16. Специфика проведения эндоскопических исследований у детей разного возраста.
17. Какие показания и противопоказания для проведения эндоскопических исследований у детей хирургического профиля.
18. Какие знаете малоинвазивные технологии в детской хирургии. Операции под контролем УЗИ.
19. Какие малоинвазивные технологии в детской хирургии знаете. Операции с миниразрезом и под контролем артроскопа и другие.
20. В чем состоит подготовка больного ребенка к мини инвазивным хирургическим вмешательствам.
21. Организация амбулаторной хирургической помощи. Основные нормативные акты, регламентирующие оказание хирургической помощи детскому населению.
22. Организация стационарной хирургической помощи.
23. Хирургический стационар дневного пребывания. Основные нормативные акты, регламентирующие оказание хирургической помощи детскому населению.
24. Шок у детей. Классификация. Патогенез развития.
25. Шок у детей. Диагностика и лечение.
26. Непроходимость дыхательных путей у детей. Виды дыхательной недостаточности. Этиология. Патогенез. Диагностика.
27. Кровотечение у детей. Классификация. Оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
28. Методы остановки кровотечения у детей на догоспитальном этапе.
29. Виды повязок для временной остановки кровотечения.
30. Специфика наложения жгута у ребенка различного возраста.
31. Анафилактический шок. Клиническая картина. Основные причины возникновения анафилактического шока.
32. Оказание первой помощи при анафилактическом шоке.
33. Острая сердечно сосудистая недостаточность у ребенка. Классификация патологии.
34. Сердечно – легочная реанимация у детей разных возрастов.
35. Дисфагия у детей с хирургической патологией. Основные причины. Методы исследования. Хирургическая тактика.
36. Синдром срыгивания и рвоты у детей. Причины. Диагностика.
37. Синдром внутри плеврального напряжения. Основные причины. Диагностика.
38. Методы хирургического лечения синдрома внутри плеврального напряжения.
39. Тампонада сердца у детей. Причины. Диагностика. Методы хирургического лечения.
40. Острый живот у детей, методы диагностики и лечения.
41. Острый аппендицит. Эпидемиология. Анатомо-физиологические особенности.
42. Острый аппендицит. Этиология. Патогенез.
43. Острый аппендицит. Классификация. Клинические проявления.
44. Острый аппендицит. Диагностика. Лечение.
45. Острый аппендицит. Реабилитация и ведение на амбулаторном этапе.
46. Перитонит у детей. Основные причины его возникновения, классификация, способы лечения.

47. Аппендикулярный перитонит у детей, его специфика, диагностика и способы лечения.
48. Верхняя непроходимость ЖКТ. Эпидемиология. Анатомо-физиологические особенности.
49. Верхняя непроходимость ЖКТ. Этиология. Патогенез.
50. Верхняя непроходимость ЖКТ. Классификация. Клинические проявления.
51. Верхняя непроходимость ЖКТ. Диагностика. Лечение.
52. Врождённый пилоростеноз. Патогенез. Клиническая картина.
53. Врождённый пилоростеноз. Отличие от пилороспазма. Клинические проявления.
54. Врождённый пилоростеноз. Диагностика. Сроки и особенности хирургического лечения.
55. Инвагинация кишечника у детей. Этиология. Патогенез.
56. Инвагинация кишечника у детей. Клинические проявления. Диагностика.
57. Инвагинация кишечника у детей. Методы консервативного лечения и послеоперационное ведение.
58. Инвагинация кишечника у детей. Методы оперативного лечения и послеоперационное ведение.
59. Синдром Леда, первые признаки, диагностика и способы лечения.
60. Дефекты передней брюшной стенки клиника диагностика и способы лечения.
61. Пупочные грыжи, клиника диагностика и способы лечения у детей.
62. Грыжи паховой области клиника, диагностика и способы лечения у детей.
63. Пороки развития пищевода, клиническая картина, способы диагностики и лечения.
64. Диафрагмальные грыжи у детей, клиническая картина, диагностика и способы лечения.
65. Пороки развития толстого кишечника, клиническая картина, диагностика. Способы лечения.
66. Болезни Гиршпрунга её формы, классификация и способы лечения.
67. Эпифизарный остеомиелит у детей, классификация, способы лечения.
68. Хронический остеомиелит у детей, классификация, способы лечения.
69. Гнойно-септические заболевания мягких тканей у детей, клиническая картина разных проявлений, способы лечения.
70. Некротическая флегмона новорожденного, этиологические факторы, клинические проявления, способы лечения.
71. Стафилококковая деструкция легких у детей, клиническая картина, способы лечения.
72. Эмпиема плевры, причины, диагностика и способы лечения.
73. Пороки развития желточного протока, клиническая картина и способы лечения.
74. Спаечная непроходимость у детей, клиническая картина, способы диагностики и лечения.
75. Динамическая непроходимость кишечника, основные причины её возникновения, клиническая картина, способы лечения.

ПАТОЛОГИЯ

1. Основные понятия нозологии. Болезнь как нарушение гомеостаза.
2. Номенклатура и классификация болезней.
3. Общая этиология. Общий патогенез. Причинно-следственные взаимоотношения в патогенезе.
4. Венозная гиперемия. Причины, механизмы, последствия.
5. ДВС - синдром. Стадии. Патогенез.
6. Экссудация. Механизмы развития. Значение.
7. Фагоцитоз при воспалении. Причины эмиграции лейкоцитов в очаг воспаления. Механизмы фагоцитарной деятельности лейкоцитов.
8. Понятие об иммунном гомеостазе, механизмы гуморального и клеточного иммунитета.
9. Опухоли. Определение сущности опухолевого роста. Этиология опухолей. Современные теории опухолевого роста. Современная классификация опухолей. Принципы ее построения. Вторичные изменения в опухолях.
10. Доброкачественные, злокачественные и опухоли с местным деструирующим ростом. Критерии злокачественности. Понятие о рецидиве.

ПЕДАГОГИКА

1. Определите место педагогики в системе современного человекознания.
2. Назовите способы структурирования содержания образования и проиллюстрируйте их на примере.
3. Дайте характеристику законодательным актам в сфере образования.
4. Какие документы составляют нормативную основу образования?
5. Что означает понятие «обучение»? Как ваше собственное понимание этого понятия соотносится с его научной трактовкой?
6. В чем обнаруживается сходство и различие процессов обучения и лечения как древнейших видов гуманитарной практики?
7. Какие типы и виды обучения оптимальны на доклиническом и клиническом этапах медицинского образования?
8. В чем суть поэтапного формирования знаний и умений? Пояснить на примерах.
9. Какие требования к выбору форм организации познавательной деятельности обучаемых на учебном занятии существуют в дидактике?
10. Что лежит в основе классификации форм организации познавательной деятельности? Как связаны между собой формы организации познавательной деятельности и цели обучения?
11. От чего зависит выбор форм организации познавательной деятельности к конкретному занятию?
12. Какие формы обучения наиболее рационально использовать на разных этапах обучения в медицинском вузе и при обучении разных категорий обучаемых (медицинский персонал, пациенты, их родственники)?

Инфекционные болезни, в том числе туберкулез

1. Этиология, патогенез, патоморфология и эпидемиология туберкулеза. Классификация туберкулеза и методы обследования больных туберкулезом.
2. Основные клинические симптомы и синдромы легочного и внелегочного туберкулеза. Инструментальные и лабораторные методы диагностики туберкулеза.
3. Понятие об остропрогрессирующих формах туберкулеза. Особенности течения туберкулеза в современных условиях. Туберкулез и ВИЧ-инфекция.
4. Осложнения легочного и внелегочного туберкулеза. Диагностика и дифференциальная диагностика. Неотложные мероприятия при легочном кровотечении, спонтанном пневмотораксе, инфекционно-токсическом шоке.
5. Хирургические методы лечения легочного и внелегочного туберкулеза.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Медицинское право, как отрасль права.

2. Источники медицинского права.
3. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
4. Права и обязанности медицинских работников.
5. Понятие и виды медико-социальной помощи.
6. Особенности медицинской услуги
7. Особенности регулирования труда медицинских работников
8. Правонарушение и юридическая ответственность
9. Гражданско-правовая ответственность субъектов предоставления и оказания медико-социальной помощи.
10. Дисциплинарная ответственность медицинских работников.
11. Административная ответственность должностных лиц.
12. Уголовная ответственность медицинских работников.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

1. Дайте определение науки «Общественное здоровье и здравоохранение». Задачи общественного здоровья и здравоохранения. Объект изучения общественного здоровья и здравоохранения.
2. Какие методы используют при изучении общественного здоровья и здравоохранения?
3. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения.
4. Назовите базовые функции системы здравоохранения.
5. Дайте определения фактора риска. Перечислите факторы риска и кратко охарактеризуйте.
6. Дайте определение медицинской демографии и перечислите ее основные разделы.
7. Перечислите известные Вам исторически сложившиеся на этапах развития названия предмета Общественное здоровье и здравоохранение. С чем связано существование большого числа названий предмета?
8. Воспроизводство населения (естественное движение населения).
Общие и специальные показатели, методика расчета, анализ и оценка
9. Миграция населения: внешняя, внутренняя (урбанизация, сезонная). Факторы, ее определяющие. Влияние миграции на здоровье населения
10. Естественный прирост населения, факторы на него влияющие.
Противоестественная убыль населения.
11. Дайте определения “заболеваемость”, распространенность болезней”,
патологическая пораженность”
12. От чего зависит полнота учета заболеваемости?