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

Институт непрерывного дополнительного образования
Центр непрерывного медицинского образования

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ
Минздрава России
_____ Е.Н. Касаткин
«26» декабря 2023г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

(СРОК ОБУЧЕНИЯ 72 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСА)

ФОРМА ОСВОЕНИЯ: очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий

Киров
2023 г.

2. ОПИСЬ КОМПЛЕКТА ДОКУМЕНТОВ

по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации
«Неотложная хирургия детского возраста»
(срок обучения 72 академических часа)

3. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации
«Неотложная хирургия детского возраста»
(срок обучения 72 академических часов)

СОГЛАСОВАНО:

Заседанием кафедры детской хирургии

Протокол № 5 от «1» 12 20 23 г.

Заведующий кафедрой детской хирургии, д.м.н. профессор _____ Разин М.П.

(подпись)

Советом института непрерывного дополнительного образования Кировского ГМУ

Протокол № 4 от «26» декабря 20 23 г.

Директор ИНДО _____ Ситников С.В.

(подпись)

Рецензенты

Главный внештатный специалист детский хирург МЗ КО, зав. хирургическим отделением КОГБУЗ ОДКБ Лапшин В.И.

Заведующий кафедрой педиатрии ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор Иллек Я.Ю.

4. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации
«Неотложная хирургия детского возраста»
(срок обучения 72 академических часа)

№	ФИО	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1.	Разин Максим Петрович	д.м.н., профессор	Профессор, заведующий кафедрой детской хирургии педиатрического факультета	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
2.	Сухих Николай Константинович	к.м.н., доцент	Доцент кафедры детской хирургии педиатрического факультета	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России
по методическим вопросам				
1.	Кузнецова Наталья Сергеевна	-	Специалист по учебно-методической работе Центра непрерывного медицинского образования	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

5. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

5.1. Общие положения

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей детских хирургов, врачей хирургов общего профиля со сроком освоения 72 академических часов «Неотложная хирургия детского возраста» (далее – Программа), реализуемая в ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России (далее – Университет) является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание, организационно-методические формы и трудоёмкость обучения.

КРАТКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

Вид программы	Наименование программы	Наименование выбранного профессионального стандарта	Уровень квалификации ОТФ
1	2	3	4
Дополнительная профессиональная	«Неотложная хирургия	Приказ Министерства труда и социальной	8

программа повышения квалификации	детского возраста»	защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - детский хирург» (зарегистрировано в Минюсте России 5 апреля 2018 г. N 50631)	
		Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26 ноября 2018 г. N 743н Об утверждении профессионального стандарта «Врач – хирург» (зарегистрировано в Минюсте России 11 декабря 2018 г. N 52964)	8

Программа разработана на основании:

- Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - детский хирург» (зарегистрирован в Минюсте России 5 апреля 2018 г. N 50631);
- Приказа Минздрава России от 31.10.2012 N 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.12.2012 N 26159);
- Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26. ноября 2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11.12.2018, регистрационный № 52964);
- Приказа Минздрава России от 15.11.2012 N 922н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2013 N 28161);

- Приказа Минтруда России от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях разработки проектов профессиональных стандартов»;
- Приказа Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Приказа Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247).
- Приказа Минобрнауки России N 465, Минпросвещения России N 345 от 19.05.2022 «О признании утратившим силу приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 августа 2017 г. N 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.06.2022 N 68888).

Программа реализуется на основании лицензии Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности от 26 декабря 2016 г. № 2511.

5.2. Актуальность программы и сфера применения слушателями полученных компетенций (профессиональных компетенций)

Одним из основных направлений развития теории и практики отечественной хирургии является подготовка и постоянное повышение квалификации врачей, внедрение в практику новейших достижений отечественной науки, максимальное расширение кругозора специалистов не только в области непосредственно детской хирургии, но и в фундаментальных проблемах медицинской науки, а также в смежных клинических дисциплинах, современных способах лабораторной и инструментальной диагностики; большое значение приобретает усиление профилактической направленности работы детского хирурга. Все это требует существенной модернизации традиционной подготовки медицинских кадров в Российской Федерации.

5.3. Цель и задачи дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неотложная хирургия детского возраста» (далее – Программа)

Цель Программы – удовлетворение образовательных и профессиональных потребностей, обеспечение соответствия квалификации врачей детских хирургов, врачей хирургов общего профиля меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды; совершенствование имеющихся профессиональных компетенций (далее – ПК), необходимых для профессиональной деятельности и повышения

профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Неотложная хирургия детского возраста».

Задачи:

1. Улучшение практической подготовки выпускника медицинских институтов, академий, университетов;
2. Повышение профессионального уровня и степени готовности врача к самостоятельной врачебной деятельности в хирургических кабинетах и отделениях поликлиник, хирургических отделениях больниц и клиник;
3. Формирование клинического мышления врача, ориентированного в различных разделах хирургической патологии и в смежных специальностях (педиатрия, урология, ортопедия, травматология, трансфузиология, анестезиология-реаниматология и интенсивная терапия, клиническая фармакология, лабораторная, инструментальная и лучевая диагностика, организация и экономика здравоохранения).
4. Врач должен научиться владению современными методами диагностики в детской хирургии, а также определению формы, тяжести и прогноза заболеваний.
5. Должен уметь использовать достижения фармакологии и других методов лечения при каждом конкретном заболевании, знать методы профилактики, реабилитации и диспансеризации при важнейших детских хирургических заболеваниях.
6. Приобретение должного объёма современных положений, позволяющих оказывать лечебно-диагностическую помощь в экстренной, неотложной и плановой детской хирургии при наиболее часто встречающейся патологии.
7. Освоение вопросов организации хирургической помощи детям, основ санитарно-эпидемиологического режима, мероприятий по профилактике и реабилитации после частных заболеваний и осложнений в детской хирургии, а также ведение медицинской документации, в том числе учетно-отчетной.

5.4. Категории обучающихся:

Основная специальность: детская хирургия;

Дополнительная специальность: хирургия.

5.5. Трудоемкость программы: 72 ауд. часа трудоемкости, в том числе 72 зач. ед.

5.6. Формы освоения программы: очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий.

5.7. Документ, выдаваемый после завершения обучения лицам, успешно освоившим дополнительную профессиональную программу и прошедшим итоговую аттестацию, выдаются удостоверение о повышении квалификации.

5.8. Вид профессиональной деятельности:

- Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области детской хирургии. Уровень квалификации: 8.
- Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области хирургии. Уровень квалификации: 8.

5.9. Связь Программы с Профессиональным стандартом

Профессиональный стандарт 1: «Детский хирург»		
ОТФ	**Трудовые функции**	
	Код ТФ	**Наименование ТФ**
A: Оказание первичной медико-санитарной помощи детям по профилю "детская хирургия" в амбулаторных условиях	A/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	A/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	A/07.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	A/08.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
B: Оказание медицинской помощи детям по профилю "детская хирургия" в стационарных условиях и в условиях дневного стационара	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	B/03.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Профессиональный стандарт 2: «Хирург»		
A: Оказание первичной медико-санитарной помощи пациентам в амбулаторных условиях по	A/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	A/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или)

профилю "хирургия"		состояниями, контроль его эффективности и безопасности
	A/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	A/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
B: Оказание специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара по профилю "хирургия"	B/01.8	Проведение медицинского обследования пациентов в целях выявления хирургических заболеваний и (или) состояний и установления диагноза
	B/02.8	Назначение лечения пациентам с хирургическими заболеваниями и (или) состояниями, контроль его эффективности и безопасности
	B/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	B/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

6. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Программа направлена на совершенствование следующих профессиональных компетенций:

Виды деятельности	Профессиональные компетенции	Описание профессиональной компетенции			Код профстандарта
		Практический опыт	Умения	Знания	
ВД 1 Диагностическая	ПК 1 Готовность к проведению медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Интерпретация информации, полученной от детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Осмотры детей с хирургическими заболеваниями Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма у детей с хирургическими заболеваниями Использовать методы осмотров и обследований детей с хирургическими заболеваниями с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей, в числе которых: - визуальное исследование различных органов и систем; - пальпация и перкуссия грудной клетки, брюшной полости, костей и суставов;	Общие вопросы организации оказания медицинской помощи населению Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний Порядок оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями Закономерности функционирования	A/01.8 B/01.8

		медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление детей с хирургическими заболеваниями на инструментальные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление детей с хирургическими заболеваниями на лабораторные исследования в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Направление детей с хирургическими заболеваниями к врачам-специалистам при наличии	- аускультация органов грудной клетки и брюшной полости; - определение площади ожоговой поверхности; - определение объема активных и пассивных движений в суставе; - диагностическая аспирационная пункция сустава; - установка назогастрального зонда; - катетеризация мочевого пузыря; - катетеризация прямой кишки; - оценка интенсивности боли Интерпретировать и анализировать результаты осмотров и обследований детей с хирургическими заболеваниями Обосновывать и планировать объем инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания	здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у детей (их законных представителей) с хирургическими заболеваниями Методика осмотров и обследований детей с хирургическими заболеваниями Методы лабораторных и инструментальных исследований у детей с хирургическими заболеваниями для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у детей с хирургическими заболеваниями Анатомо-функциональные особенности детей Этиология и патогенез, патоморфология, клиническая картина, дифференциальная	

		медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями Интерпретация результатов осмотров врачами-специалистами детей с хирургическими заболеваниями Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) Повторные осмотры и обследования детей с хирургическими заболеваниями Проведение работы по обеспечению безопасности	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты инструментальных исследований у детей с хирургическими заболеваниями, таких как: - ультразвуковое исследование органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства; - ультразвуковая допплерография сосудов органов брюшной полости, забрюшинного пространства; - рентгенография, в том числе рентгенологическое обследование с использованием внутриполостного/внутривенного контрастирования; - магнитно-резонансная томография; - компьютерная томография, в том числе с использованием внутриполостного или внутривенного контрастирования; - ангиография; - радионзотопное исследование; - функциональные	диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний у детей с хирургическими заболеваниями Методы клинической и параклинической диагностики хирургических заболеваний у детей Хирургические заболевания у детей, требующие направления к врачам-специалистам Хирургические заболевания у детей, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме МКБ Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей с хирургическими заболеваниями Изменения органов и систем у детей с хирургическими заболеваниями	

		диагностических манипуляций	исследования мочевыделительной системы, толстой кишки; - внутрипросветное исследование (фиброскопия) пищевода, желудка, трахеи, бронхов, толстой кишки; - биопсия Обосновывать и планировать объем лабораторных исследований у детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты лабораторных исследований у детей с хирургическими заболеваниями Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской		

			помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретировать и анализировать результаты осмотров врачами-специалистами детей с хирургическими заболеваниями Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у детей с хирургическими заболеваниями		
ВД 2	ПК 2 Готовность к	Разработка плана лечения детей с	Разрабатывать план лечения детей с	Порядок оказания медицинской помощи детям	А/02.8 В/02.8

Лечебная	ведению и лечению детей, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	хирургическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначение лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценка эффективности и безопасности лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с хирургическими	хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у детей с хирургическими заболеваниями Назначать немедикаментозное лечение	с хирургическими заболеваниями Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями Методы лечения детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых у детей с хирургическими	

		заболеваниями Назначение немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, трудотерапии детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценка эффективности и безопасности немедикаментозного лечения у детей с хирургическими заболеваниями Выполнение отдельных этапов хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими	детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозного лечения у детей с хирургическими заболеваниями Разрабатывать план подготовки детей с хирургическими заболеваниями к хирургическому вмешательству, лечебным манипуляциям в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Выполнять хирургические вмешательства, лечебные	заболеваниями; медицинские показания и медицинские противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Методы немедикаментозного лечения у детей с хирургическими заболеваниями; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Принципы и методы хирургических вмешательств, лечебных манипуляций у детей с хирургическими заболеваниями; медицинские показания и медицинские противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в	

		рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Оценка результатов хирургических вмешательств, лечебных манипуляций у детей с хирургическими заболеваниями Профилактика или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств Направление детей с хирургическими заболеваниями для оказания медицинской помощи в условиях стационара или дневного стационара при наличии медицинских показаний	манипуляции детям с хирургическими заболеваниями, такие как: - пункция гнойного очага; - инсталляция мочевого пузыря; - наложение повязки при нарушении целостности кожных покровов; - наложение повязки при гнойных заболеваниях кожи и подкожно-жировой клетчатки; - наложение повязки при заболеваниях мышц; - наложение иммобилизационной повязки при переломах костей; - наложение шины при переломах костей; - наложение иммобилизационной повязки при вывихах (подвывихах) суставов; - наложение повязки при ранении (повреждении) сосудов; - наложение повязки на послеоперационные раны; - удаление поверхностного инородного тела; - вскрытие панариция; - сшивание кожи и подкожно-жировой клетчатки; - вскрытие фурункула	том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении детей с хирургическими заболеваниями Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение детей с хирургическими заболеваниями Методы обезболивания детей с хирургическими заболеваниями Требования асептики и антисептики Принципы и методы оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	

		Оказание медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях: травматические повреждения костно-мышечной системы, кожи и мягких тканей, внутренних органов, черепно-мозговая травма, проникающие ранения органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства, гнойно-воспалительные заболевания кожи, подкожно-жировой клетчатки, костей, суставов, органов брюшной полости, грудной клетки, ожоги, отморожения	(карбункула); - вскрытие и дренирование флегмоны (абсцесса); - закрытая коррекция отделенного эпифиза; - обработка места открытого перелома; - репозиция отломков костей при переломах; - вправление вывиха сустава; - аппликационная, инфильтрационная и проводниковая местная анестезия; - катетеризация мочевого пузыря; - пункция суставов; - наложение жгута при кровотечении; - наложение гипсовых повязок; - наложение кожных швов; - снятие кожных швов Разрабатывать план послеоперационного ведения детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов		

			медицинской помощи Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических манипуляций, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания, немедикаментозного лечения, хирургических вмешательств, лечебных манипуляций Проводить мониторинг хирургического заболевания, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения хирургического заболевания Оказывать медицинскую помощь детям с хирургическими заболеваниями в неотложной форме, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания		

			медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - при травматических повреждениях костно-мышечной системы, кожи и мягких тканей, внутренних органов, черепно-мозговой травме, ожогах, отморожениях; - проникающих ранениях органов брюшной полости, грудной клетки, забрюшинного пространства; - гнойно-воспалительных заболеваниях кожи, подкожно-жировой клетчатки, костей, суставов, органов брюшной полости, грудной клетки; - наружных и внутренних кровотечениях; - развитии шока; - пневмотораксе; - сочетанных и комбинированных повреждениях		
	ПК 3 Готовность к оказанию медицинской помощи в экстренной форме	Оценка состояния, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно	Распознавать состояния, представляющие угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской	Методика сбора жалоб и анамнеза жизни и заболевания у пациентов (их законных представителей) Методика физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) Клинические признаки	A/08.8 B/08.8 A/07.8 B/07.8

		важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	помощи в экстренной форме Выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации Оказывать медицинскую помощь в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме	внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации	
ВД 3 Организационно-управленческая	ПК 4 Готовность к проведению анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского	Составление плана работы и отчета о своей работе Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской	Составлять план работы и отчет о своей работе Заполнять медицинскую документацию, контролировать качество ее ведения Производить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья детского населения Использовать информационно-аналитические системы и	Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "детская хирургия" Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" Требования пожарной безопасности, охраны труда,	A/07.8 B/03.8 A/06.8 B/06.8

	персонала	деятельности Использование информационно-аналитических систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда Использование в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, требования пожарной безопасности, охраны труда Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями	основы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "детская хирургия"	

5.2. Планируемые результаты обучения врачей, успешно освоивших дополнительную профессиональную программу

Обучение врачей предполагает широкое внедрение в практику основных современных методов в детской хирургии с целью оказания детской хирургической помощи. В результате обучения планируется повышение профессиональных компетенций, а также способности и готовности врачей-детских хирургов и врачей-хирургов к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.

7. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

Учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неотложная хирургия детского возраста» (срок обучения 72 академических часа) представлен в Приложении №1.

8. КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Календарный учебный план дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неотложная хирургия детского возраста» (срок обучения 72 академических часа) в представлен в Положении №2.

9. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

9.1. Рабочая программа учебного модуля 1. «Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии»

Трудоемкость освоения: 10 акад. час. или 10 зач. ед.

Задачи:
1. Познакомить слушателей Программы с основами организации здравоохранения в детской хирургии;
2. Рассмотреть современные методы диагностики в детской хирургии.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 1. «Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
1.1.	**Организация хирургической помощи детям**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
1.2.	**Современные методы диагностики в детской хирургии**	
1.2.1	Ультразвуковая диагностика	
1.2.2	Эндоскопические исследования	
1.2.3	Радиоизотопная диагностика	
1.2.4	Компьютерная томография	
1.2.5	МРТ, лабораторные и специальные методы исследования	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 1: Профилактика хирургических заболеваний у детей и вопросы диспансеризации.

Формы и методы контроля знаний слушателей по модулю – собеседование по контрольным вопросам, тестирование.

Литература к учебному модулю 1. «Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Врожденные обструктивные уропатии в детской практике / М.П. Разин, Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, Н.К. Сухих, М.А. Батуров, А.А. Топоркова, В.И. Лапшин, С.Ю. Кузнецов / под ред. проф. М.П. Разина. – Киров: ООО Типография «Старая Вятка», 2013. – 199 с.
2. Н.С. Стрелков, М.П. Разин. Гематогенный остеомиелит у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

9.2. Рабочая программа учебного модуля 2. «Гнойная хирургия у детей»

Трудоемкость освоения: 8 акад. час. или 8 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с анатомо-физиологическими особенностями детского организма, особенностями иммунной системы у детей, особенностями течения гнойной инфекции у детей, с клиникой, диагностикой и лечением гнойно-воспалительных заболеваний у детей;
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с гнойно - воспалительными заболеваниями (аппендицит, острый гематогенный остеомиелит и др.), назначение необходимых методов обследования, применение различных методов хирургических вмешательств, назначение антибактериальной, инфузионной терапии, иммунокоррекции и т.д.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 2. «Гнойная хирургия у детей»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
2.1.	**Гнойная инфекция в детской хирургии**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
2.1.1.	Анатомо-физиологические особенности детского организма	
2.1.2.	Этиология, патогенез, диагностика, лечение при различных клинических формах гнойной инфекции детского возраста	
2.1.3.	Закономерности и наиболее часто встречающиеся формы гнойной инфекции у детей	
2.2.	**Гематогенный остеомиелит у детей**	
2.2.1.	Анатомо-физиологические особенности детского организма	

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
2.2.2	Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика разных форм острого гематогенного остеомиелита	
2.2.3	Особенности клинических проявлений и лечения различных форм гематогенного остеомиелита	
2.2.4	Причины хронизации заболевания и инвалидизации больных, пути и способы снижения их частоты	
2.2.5	Особенности необходимых лечебных мероприятий различных видов патологии в возрастном аспекте	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 2: Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний у детей и вопросы диспансеризации.

Формы и методы контроля: собеседование по контрольным вопросам, тестирование.

Литература к учебному модулю 2. «Гнойная хирургия у детей»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Н.С. Стрелков, М.П. Разин. Гематогенный остеомиелит у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.

9.3. Рабочая программа учебного модуля 3. «Торакальная детская хирургия»

Трудоемкость освоения: 9 акад. час. или 9 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями легочных деструкций и пороков развития легких у детей, различными видами заболеваний пищевода у детей;
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с гнойно - воспалительными заболеваниями легких у детей, назначать необходимые методы обследования, применять современные методы лечения.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 3. «Торакальная детская хирургия»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
3.1.	**Заболевания легких и плевры**	**ПК-1**

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
3.1.1	Этиология, патогенез, классификация бактериальных деструкций лёгких	ПК-2 ПК-3 ПК-4
3.1.2.	Особенности клиники и диагностики, необходимые лечебные мероприятия при различных видах деструктивных пневмоний у детей	
3.2.	**Заболевания органов средостения**	
3.3.	**Заболевания пищевода**	
3.3.1.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение пороков развития пищевода	
3.3.2.	Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение воспалительных и травматических заболеваний пищевода	
3.4.	**Заболевания грудной клетки и диафрагмы**	
3.4.1.	Особенности клиники и диагностики, необходимые лечебные мероприятия при различных видах пороков развития грудной клетки у детей	
3.4.2.	Современные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения различных пороках развития и заболеваний диафрагмы	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 3: Методы хирургического лечения заболеваний легких у детей.

Формы и методы контроля – тестирование.

Литература к учебному модулю 3. «Торакальная детская хирургия»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Руководство для врачей / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: ООО «Типография «Старая Вятка», 2015. – 140 с.

9.4. Рабочая программа учебного модуля 4. «Урология детского возраста»

Трудоемкость освоения: 12 акад. час. или 12 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с семиотикой заболеваний мочевой системы у детей, аномалиями почек, мочеточников и мочевого пузыря у детей, современными методами диагностики и лечения пороков мочевыделительной системы у детей;

2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с пороками развития и гнойно воспалительными заболеваниями мочевыделительной системы у детей, назначать необходимые современные методы обследования.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 4. «Урология детского возраста»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
4.1.	**Семиотика урологических заболеваний у детей**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
4.1.1	Причины и особенности семиотики различных заболеваний мочевой системы у детей	
4.1.2.	Методы диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний мочевой системы у детей	
4.2.	**Аномалии почек, мочеточников и мочевого пузыря**	
4.2.1.	Особенности урогенеза в норме и в патологии	
4.2.2.	Способы опертивного лечения пороков разития мочевыделительной системы у детей	
4.3.1.	Методы диагностики и лечения гнойно - воспалительных заболеваний мочевой системы у детей	
4.4.	**Пузырно - мочеточниковый рефлюкс у детей**	
4.4.1.	Аспекты формирования врожденного и приобретенного пузырно - мочеточникового рефлюкса	
4.4.2.	Сроки и методы консервативного и оперативного лечения пузырно - мочеточникового рефлюкса у детей	
4.5.	**Травма органов забрюшинного пространства у детей**	
4.5.1.	Особенности течения заболевания, способы диагностики и лечения травмы органов забрюшинного пространства у детей	
4.6.	**Детская уроонкология**	
4.6.1.	Особенности онкологических заболеваний мочевой системы у детей	
4.6.2.	Особенности течения, клиники, диагностики и дифдиагностики опухолевых поражений почек и мочевого пузыря	
4.6.3.	Принципы, способы и методы лечения онкологических заболеваний, результаты лечения на современном этапе	
4.7.	**Гидронефроз у детей**	
4.7.1.	Аспекты формирования врожденного гидронефроза	

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
4.7.2.	Антенатальная диагностика, клиника, послеродовая диагностика, дифдиагностика	
4.7.3.	Сроки и методы адекватного оперативного лечения и консервативных мероприятий при гидронефрозе	
4.8.	**Недержание мочи у детей**	
4.8.1.	Понятие об этажах регуляции мочеиспускания	
4.8.2.	Особенности клиники, диагностики, дифдиагностики при нарушениях мочеиспускания на различных уровнях	
4.8.3.	Принципы и методы лечения	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 4: Диспансеризация детей с заболеваниями мочевыделительной системы.

Формы и методы контроля – собеседование по контрольным вопросам, тестирование.

Литература к учебному модулю 4. «Урология детского возраста»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Врожденные обструктивные уропатии в детской практике / М.П. Разин, Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, Н.К. Сухих, М.А. Батуров, А.А. Топоркова, В.И. Лапшин, С.Ю. Кузнецов / под ред. проф. М.П. Разина. – Киров: ООО Типография «Старая Вятка», 2013. – 199 с.

9.5. Рабочая программа учебного модуля 5. «Детская абдоминальная хирургия»

Трудоемкость освоения: 10 акад. час. или 10 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями клиники, диагностики и лечения острого аппендицита у детей, клиническими проявлениями атипичных форм аппендицита, наиболее типичными ошибками в диагностике и лечении аппендицита у детей.
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с острым аппендицитом, диагностировать острый аппендицит у детей разных возрастных групп, применять современные методы лечения.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 5. «Детская абдоминальная хирургия»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
5.1.	**Острый аппендицит и его осложнения у детей**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
5.1.1.	Этиология, патогенез и диагностика и лечение атипичных форм острого аппендицита у детей	
5.1.2.	Этиология, патогенез, диагностика и лечение осложнений острого аппендицита у детей	
5.2.	**Приобретенная кишечная непроходимость**	
5.2.1.	Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости, инвагинации кишечника	
5.2.2.	Дифференциальная диагностика различных видов приобретённой кишечной непроходимости у детей	
5.3.	**Травма органов брюшной полости**	
5.3.1.	Клиника, диагностика и лечение травмы паренхиматозных органов брюшной полости у детей	
5.3.2.	Клиника диагностика и лечение травмы полых органов брюшной полости у детей	
5.4.	**Заболевания печени и желчевыводящих путей**	
5.4.1.	Клиника, диагностика и лечение врожденных заболеваний печени и желчевыводящих путей	
5.4.2.	Клиника, диагностика и лечение приобретенных заболеваний печени и желчевыводящих путей	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 5: Заболевания печени и желчевыводящих путей.

Формы и методы контроля – тестирование.

Литература к учебному модулю 5. «Детская абдоминальная хирургия»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280 с.

Дополнительная литература:

1. Торакоабдоминальные пороки развития у детей: Руководство для врачей / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: ООО «Типография «Старая Вятка», 2015. – 140 с.

2. М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.

9.6. Рабочая программа учебного модуля 6. «Травматология и ортопедия детского возраста»

Трудоемкость освоения: 4 акад. час. или 4 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями детского травматизма, принципами действия, показаниями и противопоказаниями к назначению современных методов диагностики и лечения травм у детей.
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с неотложными состояниями, применять необходимые методы обследования и лечения у детей с костной травмой.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 6. «Травматология и ортопедия детского возраста»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
6.1.	**Детский травматизм и его профилактика**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
6.1.1.	Определение травматизма и детского травматизма	
6.1.2.	Деонтологические, клинические и лечебные аспекты особенностей детской травматологии и детских травм	
6.2.	**Черепно - мозговая травма у детей**	
6.2.1.	Особенности клиники, диагностики и лечения ЧМТ у детей	
6.3.	**Пороки развития опорно-двигательного аппарата**	
6.3.1.	Физикальное обследование, различные методы диагностики	
6.3.2.	Особенности патогенеза различных форм остеохондропатий	
6.3.3.	Клиника, методы диагностики, сроки и методы консервативного лечения и оперативной коррекции	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 6:
Пороки развития опорно-двигательного аппарата

Формы и методы контроля – тестирование

Литература к учебному модулю 6.

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.
2. Травматология. Национальное руководство, краткое издание / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
3. Травматология и ортопедия детского возраста / под ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.

9.7. Рабочая программа учебного модуля 7. «Хирургия новорожденных»

Трудоемкость освоения: 6 акад. час. или 6 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями пороков развития у детей, принципами действия, показаниями и противопоказаниями к назначению современных методов диагностики и лечения пороков развития и гнойно-воспалительных заболеваний у детей.
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с пороками развития, применять необходимые методы обследования и лечения у детей с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 7. «Хирургия новорожденных»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
7.1.	**Хирургия пороков развития**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
7.1.1.	Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики различных форм пороков развития желудочно-кишечного тракта у детей	
7.2.	**Гнойно-воспалительные заболевания**	
7.2.1.	Принципы и методы лечения гнойно-воспалительных заболеваний	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 7:
Лечение гнойно-некротической флегмоны новорожденных

Формы и методы контроля – тестирование.

Литература к учебному модулю 7. «Хирургия новорожденных»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков. Неотложная хирургия детского возраста: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.
2. Торакоабдоминальные пороки развития у детей / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: ООО «Типография «Старая Вятка», 2015. – 140 с.

9.8. Рабочая программа учебного модуля 8. «Колопроктология детского возраста»

Трудоемкость освоения: 6 акад. час. или 6 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями детской колопроктологии, принципами действия, показаниями и противопоказаниями к назначению современных методов диагностики и лечения пороков развития и заболеваний аноректальной области у детей.
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям с пороками развития и неотложными состояниями ануса и прямой кишки, применять необходимые методы обследования и лечения у детей с заболеваниями толстой кишки и аноректальной области.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 8. «Колопроктология детского возраста»

Код	Наименование тем, элементов	Индекс компетенции
8.1.	**Пороки развития ануса и прямой кишки**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
8.1.1.	Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики различных форм атрезии ануса и прямой кишки	
8.1.2.	Принципы и методы лечения	
8.2.	**Мегаколон у детей**	
8.2.1.	Особенности этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, принципы и методы оперативной коррекции консервативного лечения различных форм болезни Гиршпрунга, болезни Пайра и д.п.	
8.3.	**Воспалительные заболевания толстой кишки и заднего прохода у детей**	
8.3.1.	Различные аспекты этиологии, патогенеза, клиники, диагностики, принципов и методов оперативной коррекции и консервативного лечения некротического энтероколита, болезни Крона у детей	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 8:
Методы низведения толстой кишки

Формы и методы контроля – тестирование.

Литература к учебному модулю 8. «Колопроктология детского возраста»

Основная литература:

1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Торакоабдоминальные пороки развития у детей / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: ООО «Типография «Старая Вятка», 2015. – 140 с.

2. Детская колопроктология / А.В. Гераськин, А.Ф. Дронов, А.Н. Смирнов. – М.: «Контэнт», 2012. – 664 С.

9.9. Рабочая программа учебного модуля 9. «Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста»

Трудоемкость освоения: 6 акад. час. или 6 зач. ед.

Задачи:

1. Познакомить слушателей Программы с особенностями реаниматологии детского возраста, различными видами дыхательной недостаточности, принципами лечения у детей, инфузионными средами в лечении различных состояний;
2. Рассмотреть правильную тактику при оказании хирургической помощи детям, применение принципов интенсивной терапии при различных заболеваниях и неотложных состояниях у детей с хирургическими заболеваниями.

Совершенствуемые компетенции: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4.

Содержание учебного модуля 9. «Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста»

Код	Наименование тем, элементов и т. д.	Индекс компетенции
9.1.	**Основы реаниматологии детского возраста**	**ПК-1** **ПК-2** **ПК-3** **ПК-4**
9.1.1.	Освещение причин критических состояний, показания, способы и методы восстановления витальных функций у детей	
9.2.	**Интенсивная терапия у детей**	
9.2.1.	Общие принципы интенсивной терапии	
9.2.2.	Инфузионная терапия при различных водно-ионных расстройствах, нарушениях кислотно-основного состояния, кровопотере	

Тематика самостоятельной работы слушателей по учебному модулю 9: Интенсивная терапия при пневмотораксе, ателектазе лёгкого, острой обструкции дыхательных путей.

Формы и методы контроля – тестирование.

Литература к учебному модулю 9. «Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста»

Основная литература:

1.Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.

Дополнительная литература:

1. Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.
2. Реанимация новорожденных / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.
3. Конспекты неотложных состояний в практике педиатра: Пособие для врачей-педиатров и врачей общей практики / Сост.:Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров, 2015. – 22 с.

10. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

10.1. Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности:

10.1.1. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

10.1.2. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

10.1.3. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 134н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач - детский хирург» (зарегистрирован в Минюсте России 5 апреля 2018 г. N 50631);

10.1.4. Приказ Минздрава России от 31.10.2012 N 562н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «детская хирургия» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.12.2012 N 26159);

10.1.5. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 26. ноября 2018 № 743н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-хирург» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11.12.2018, регистрационный № 52964);

10.1.6. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 922н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "хирургия" (Зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2013 N 28161);

10.1.7. Приказ Минтруда России от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификаций в целях разработки проектов профессиональных стандартов»;

10.1.8. Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

10.1.9. Приказ Минобрнауки России от 15.11.2013 N 1244 "О внесении изменений в Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 1 июля 2013 г. N 499" (Зарегистрировано в Минюсте России 14.01.2014 N 31014).

10.1.10. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 N 541н (ред. от 09.04.2018) "Об утверждении Единого квалификационного справочника

должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 N 18247).
10.1.10. Приказ Минобрнауки России N 465, Минпросвещения России N 345 от 19.05.2022 «О признании утратившим силу приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 августа 2017 г. N 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ» (Зарегистрировано в Минюсте России 17.06.2022 N 68888).

10.2. Учебно-методическая документация и материалы по всем рабочим программам учебных модулей:

10.2.1. Детская хирургия. Национальное руководство, 2-е изд., перераб. и доп. / под редакцией проф. А.Ю. Разумовского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 1280с.
10.2.2. М.П. Разин. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2018. - 688с.
10.2.3. Ю.Ф. Исаков. Детская хирургия. Учебник для медицинских вузов. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. - 1040 с.
10.2.4. Травматология. Национальное руководство, краткое издание / под ред. Г.П. Котельникова, С.П. Миронова – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 528 с.
10.2.4. Врожденные обструктивные уропатии в детской практике / М.П. Разин, Я.Ю. Иллек, Г.А. Зайцева, Н.К. Сухих, М.А. Батуров, А.А. Топоркова, В.И. Лапшин, С.Ю. Кузнецов / под ред. проф. М.П. Разина. – Киров: ООО Типография «Старая Вятка», 2013. – 199 с.
10.2.5. Гематогенный остеомиелит у детей./Н.С. Стрелков, М.П. Разин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.
10.2.6. Неотложная хирургия детского возраста: руководство для врачей./ М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 328 с.
10.2.7. Травматология и ортопедия детского возраста / под ред. М.П. Разина, И.В. Шешунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 240 с.
10.2.8. Торакоабдоминальные пороки развития у детей / Сост.: Разин М.П., Галкин В.Н., Скобелев В.А., Сухих Н.К. – Киров: ООО «Типография «Старая Вятка», 2015. – 140 с.
10.2.9. Неотложная хирургия детского возраста: Учебное пособие./ М.П. Разин, С.В. Минаев, В.А. Скобелев, Н.С. Стрелков - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2015. - 328 с.
10.2.10. Детская урология-андрология: Учебное пособие./ М.П. Разин, В.Н. Галкин, Н.К. Сухих. - М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2011. – 128 с.
10.2.11. Основы анестезиологии-реаниматологии детского возраста / Сост.: Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров: ООО «Кировская областная типография», 2016. – 420 с.
10.2.12. Реанимация новорожденных / А.В. Смирнов, М.П. Разин, Ю.В. Лукаш, И.Ю. Мищенко, Н.В. Поздеева. – Киров, 2017. – 58 с.

10.2.13. Конспекты неотложных состояний в практике педиатра: Пособие для врачей-педиатров и врачей общей практики / Сост.:Гулин А.В., Разин М.П., Смирнов А.В. – Киров, 2015. – 22 с.

10.3. Интернет-ресурсы:

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде Университета.

Электронно-библиотечная система (далее - ЭБС) и электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает возможность доступа, обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – «Интернет»), как на территории Университета, так и вне его.

Электронная информационно-образовательная среда Университета обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения основной образовательной программы ординатуры по специальности «детская хирургия»;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающихся, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;
- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды соответствует законодательству Российской Федерации.

Библиотека университета обеспечивает обучающихся библиотечными и информационными ресурсами по всем основным образовательным программам, реализуемым в Университете. Имеется возможность доступа без ограничения для всех обучающихся к фондам учебно-методической документации и изданиям по основным изучаемым дисциплинам, в том числе доступа к электронно-библиотечным системам, сформированным на основании прямых договоров с правообладателями, в том числе:

1) Электронный каталог фондов учебной, учебно-методической документации и изданий по основным изучаемым дисциплинам основных образовательных программ Университета.

Адрес сайта: http://www.kirovgma.ru/structure/departments/library.

2) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа»

Адрес сайта: www.biblioclub.ru.

Базовая коллекция и тематические коллекции издательства «Дашков и К» - 100% доступ

Договор № 522К-МА/01/2014 от 25.08.2014.

Данная ЭБС содержит учебные, учебно-методические, научные, справочные издания ведущих издательств для обучающихся по всем специальностям и направлениям подготовки Академии.

Доступом обеспечены все обучающиеся Университета через сеть интернет.

3) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ»

Адрес сайта: www.studmedlib.ru.

Базовая коллекция – 100% доступ

Договор №149К-МА/01/2015 от 16.02.2015

Данная ЭБС предоставляет полнотекстовый доступ к учебным, учебно-методическим, научным, справочным, видеоматериалам по различным направлениям медицины.

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов), в том числе по индивидуальным ключам (500 шт.)

4) ЭБС Кировского ГМУ

Адрес сайта: www.elib@kirovgma.ru.

Принадлежность: собственная

Доступом обеспечены все обучающиеся университета через сеть интернет.

Содержит учебные, учебно-методические, научные и иные материалы кафедр университета. Представлены периодические издания университета.

5) Справочно-поисковая система «Консультант Плюс» - ООО «Консультант Киров»

Договор №808К-МА/01/2014 от23.12.2014

Доступ осуществляется в локальной сети библиотеки.

6) Доступ к лицензионным материалам (электронные версии книг и журналов, базы данных и др. информационные ресурсы) Научной Электронной библиотеки ELIBRARY.RU

Адрес сайта: http://elibrary.ru

Лицензионное соглашение №105-МА/01/2011 от 17.02.2011

7) База данных «Консультант врача» - база данных электронной информационной образовательной системы от ведущего российского медицинского издательств «ГЭОТАР-Медиа» - для системы последипломного образования: интернов, ординаторов, аспирантов, слушателей курсов повышения квалификации (на CD-дисках, 124 экз.).

8) Архив Nature

Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН

Адрес: http://www.nature.com/nature/archive/index.html)

Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

9) Архив журналов издательства Кембриджского университета

Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН
Адрес: http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/905824/browse?type=source
Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

10) Архив журналов Annual Reviews
Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН
Адрес:
http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/1391849/browse?type=source
Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

11) Архив журналов издательства Sage Publicatons
Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН
Адрес:
http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/2757634/browse?type=source
Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

12) Архив журналов издательства IOP
Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН
Адрес:
http://arch.neicon.ru/xmlui/handle/123456789/1737046/browse?type=source
Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

13) Журнал The New England Journal of Medicine
Лицензионное соглашение №192-МА/01/2011, дополнительное соглашение №611-ДС-2011 от 01.01.2011 о сотрудничестве в Консорциуме НЭИКОН
Адрес: http://www.nejm.org
Доступ осуществляется со всех компьютеров вуза, где есть выход в интернет (по IP-адресам корпусов).

10.4. Интернет-ресурсы открытого доступа:

10.4.1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

10.4.2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

10.4.3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

10.4.4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения(http://whodc.mednet.ru)

10.4.5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

10.5. Материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки.

10.5.1. Перечень помещений медицинской организации, предоставленных образовательной организации в совместное пользование:

№ п/п	Наименование учреждения здравоохранения, адрес	Этаж, кабинет	Площадь, кв. м
1.	КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16	2 корпус, 1 этаж, конференц-зал	100 $м^2$
2.	Учебный корпус №2 Кировского ГМУ, г. Киров, ул. Пролетарская, д. 38 (левое крыло 2 этаж)	МАС Центр	32 $м^2$
3.	Учебный корпус №2 Кировского ГМУ, г. Киров, ул. Пролетарская, д. 38	2-й этаж, анатомический зал и (или) помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями	44 $м^2$
4.	«КОГБУЗ Кировская областная детская клиническая больница», г. Киров, ул. Менделеева, 16	2 корпус, 2 этаж хирургическое отделение	1124 $м^2$
ИТОГО:			1300 $м^2$

10.5.2. Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№ п/п	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий
1.	Аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально
2.	Аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально
3.	Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол,

	сантиметровые ленты, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторирования основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально

Материально-техническая база, обеспечивающая реализацию Программы, соответствует действующим санитарно-техническим нормам, а также нормам и правилам пожарной безопасности.

10.6. Методические особенности реализации дистанционного обучения

10.6.1. Глоссарий

– **Электронное обучение (ЭО) «e-Learning»** - реализация образовательных программ частично или в полном объеме с использованием информационных систем и информационно-телекоммуникационных сетей, в том числе сети «Интернет», включает в себя использование дистанционных образовательных технологий; использование новых технологий мультимедиа и Интернет для повышения качества обучения за счет улучшения доступа к ресурсам и сервисам, а также удаленного обмена знаниями и совместной работы.

– **Дистанционные образовательные технологии (ДОТ)** – технологии обучения, реализуемые в основном с применением информационных и телекоммуникационных технологий при опосредованном (на расстоянии) или не полностью опосредованном взаимодействии обучающегося и педагогического работника. Являются составной частью ЭО.

– **Дистанционное обучение (ДО)** – взаимодействие обучающего и обучаемого между собой на расстоянии, отражающее все присущие

учебному процессу компоненты (цели, содержание, методы, организационные формы, средства обучения) и реализуемое специфичными средствами Интернет-технологий или другими средствами информационных телекоммуникационных технологий, предусматривающими интерактивность.

– **Информационные телекоммуникационные технологии (ИКТ) дистанционного обучения** – технологии создания, передачи, хранения и воспроизведения (отображения) учебных материалов, организации и сопровождения учебного процесса обучения с применением ДОТ.

– **Метаданные ЭОР** – структурированные данные, предназначенные для описания характеристик ЭОР.

– **Электронный учебно-методический ресурс (ЭУМР)** – это учебно-методические материалы на электронных носителях и их сетевые версии, содержащие систему знаний, умений и навыков по дисциплине или специальности в соответствии с квалификационными требованиями.

– **Электронный образовательный ресурс (ЭОР)** – образовательный ресурс, представленный в электронно-цифровой форме, являющийся функциональным элементом ЭУМР и включающий в себя структуру, предметное содержание и метаданные о них. Структура и образовательный контент ЭОР определяются спецификой уровней образования, требованиями образовательных программ и другими нормативными и методическими документами.

10.6.2. Правовые основы использования ДОТ:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- ГОСТ Р 53620-2009 «Информационно-коммуникационные технологии в образовании. Электронные образовательные ресурсы. Общие положения»;
- Приказ Министерства образования и науки от 01 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 23.08.2017 года № 816 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ»;
- «Положение об использовании электронного обучения и дистанционных образовательных технологий при реализации дополнительных образовательных программ, программ профессионального обучения в Центре непрерывного медицинского образования», введенное в действие приказом от 05.11.2019 №619-ОД.

10.6.3. Цели дистанционного обучения

Основными целями дистанционного обучения являются:

- ориентация образовательного процесса, нацеленная на формирование и развитие всего набора общекультурных и профессиональных компетенций в соответствии с квалификационными характеристиками врача-специалиста;
- расширение доступа врачей к качественным образовательным услугам;
- увеличение контингента обучаемых за счет предоставления возможности освоения образовательных программ в максимально удобной форме – непосредственно по месту его пребывания;

- повышение качества подготовки обучаемых за счет внедрения новых, современных компьютерных технологий и средств обучения;
- повышение эффективности самостоятельной работы обучающихся;

10.6.4. Порядок обучения

Дистанционное обучение может применяться в образовательном процессе как в форме электронного обучения (в режиме on-line), так и с использованием дистанционных образовательных технологий (в режиме off-line), при проведении различных видов учебных занятий, текущего и рубежного контроля, промежуточной аттестации обучающихся.

Образовательная организация, реализующая дополнительную профессиональную программу повышения квалификации, самостоятельно определяет соотношение объема проведенных учебных занятий с использованием ДОТ.

Учебный процесс с использованием дистанционного обучения осуществляется в соответствии с учебными планами дополнительных профессиональных программ.

10.6.5. Формы организации учебного процесса при дистанционном обучении

Асинхронная организация учебного процесса (режиме off-line) обеспечивает обучающемуся возможность освоения учебного материала в любое удобное для него время и общение с преподавателями с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени. ЭОР включают:

– *Веб-занятия* — слайд-лекции (видео-лекции, ауди-лекции и т.д.), конференции, семинары, деловые игры, лабораторные работы, практикумы и другие формы учебных занятий, проводимых с помощью средств телекоммуникаций и других возможностей «Всемирной паутины»;

– *Веб-форумы* - форма работы пользователей с обучающимися по определённой теме или проблеме с помощью записей, оставляемых на одном из сайтов с установленной на нем соответствующей программой, отличаются возможностью более длительной (многодневной) работы и асинхронным характером взаимодействия преподавателя и обучающегося;

– *Просмотр записи Веб-семинаров* (англ. *webinar) и телеконференций;*

– *Контроль образовательны достижений обучающихся (*тестирование, викторины, решения ситуационных задач и т.д.*).*

Синхронная организация учебного процесса (режим on-line) предусматривает проведение учебных мероприятий и общение обучающихся с преподавателями в режиме реального времени средствами ИКТ и электронного обучения. ЭОР включают:

– *Чат-занятия* — учебные занятия, осуществляемые с использованием чат-технологий. Чат-занятия проводятся синхронно, то есть все участники имеют одновременный доступ к чату;

– *Веб-семинары* (англ. *webinar);*

– *Телеконференции.*

При использовании ДОТ каждый обучающийся обеспечивается доступом к средствам электронного обучения и основному

информационному ресурсу в объеме часов учебного плана, необходимых для освоения программы.

В практике применения дистанционного обучения по дисциплине используются методики синхронного и асинхронного обучения.

Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает общение обучающегося и преподавателя в режиме реального времени – on-line общение. Используются следующие технологии on-line: вебинары (или видеоконференции), аудиоконференции, чаты.

Методика асинхронного дистанционного обучения применяется, когда невозможно общение между преподавателем и обучающимся в реальном времени – так называемое off-line общение, общение в режиме с отложенным ответом. Используются следующие технологии off-line: электронная почта, рассылки, форумы.

Наибольшая эффективность при дистанционном обучении достигается при использовании смешанных методик дистанционного обучения, при этом подразумевается, что программа обучения строится как из элементов синхронной, так и из элементов асинхронной методики обучения.

Учебный процесс с использованием дистанционных образовательных технологий осуществляется посредством:

– размещения учебного материала на образовательном сайте Университета;

– сопровождения электронного обучения;

– организации и проведения консультаций в режиме «on-line» и «off-line»;

– организации обратной связи с обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– обеспечения методической помощи обучающимся через взаимодействие участников учебного процесса с использованием всех доступных современных телекоммуникационных средств, одобренных локальными нормативными актами;

– организации самостоятельной работы обучающихся путем обеспечения удаленного доступа к образовательным ресурсам (ЭБС, материалам, размещенным на образовательном сайте);

– контроля достижения запланированных результатов обучения по дисциплине обучающимися в режиме «on-line» и «off-line»;

– идентификации личности обучающегося.

Реализация программы в электронной форме начинается с проведения организационной встречи с обучающимися посредством видеоконференции (вебинара).

При этом преподаватель информирует обучающихся о технических требованиях к оборудованию и каналам связи, осуществляет предварительную проверку связи с обучающимися, создание и настройку вебинара. Преподаватель также сверяет предварительный список обучающихся с фактически присутствующими, информирует их о режиме занятий, особенностях образовательного процесса, правилах внутреннего распорядка, графике учебного процесса.

После проведения установочного вебинара учебный процесс может быть реализован асинхронно (обучающийся осваивает учебный материал в любое удобное для него время и общается с преподавателем с использованием средств телекоммуникаций в режиме отложенного времени) или синхронно (проведение учебных мероприятий и общение обучающегося с преподавателем в режиме реального времени).

Преподаватель самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся, в том числе в форме индивидуальных консультаций, оказываемых дистанционно с использованием информационных и телекоммуникационных технологий.

При дистанционном обучении важным аспектом является общение между участниками учебного процесса, обязательные консультации преподавателя. При этом общение между обучающимися и преподавателем происходит удаленно, посредством средств телекоммуникаций.

В содержание консультаций входят:

– разъяснение обучающимся общей технологии применения элементов ЭО и ДОТ, приемов и способов работы с предоставленными им учебно-методическими материалами, принципов самоорганизации учебного процесса;

– советы и рекомендации по изучению программы дисциплины и подготовке к промежуточной аттестации;

– анализ поступивших вопросов, ответы на вопросы обучающихся;

– разработка отдельных рекомендаций по изучению частей (разделов, тем) дисциплины, по подготовке к текущей и промежуточной аттестации.

Также осуществляются индивидуальные консультации обучающихся в ходе выполнения ими письменных работ.

Обязательным компонентом системы дистанционного обучения по дисциплине является электронный учебно-методический комплекс (ЭУМК), который включает электронные аналоги печатных учебных изданий (учебников), самостоятельные электронные учебные издания (учебники), дидактические материалы для подготовки к занятиям, текущему контролю и промежуточной аттестации, аудио- и видеоматериалы, другие специализированные компоненты (текстовые, звуковые, мультимедийные). ЭУМК обеспечивает в соответствии с программой организацию обучения, самостоятельной работы обучающихся, тренинги путем предоставления обучающимся необходимых учебных материалов, специально разработанных для реализации электронного обучения, контроль знаний. ЭУМК размещается в электронно-библиотечных системах и на образовательном сайте Университета.

Используемые виды учебной работы по дисциплине при применении ДОТ:

№ п/п	*Виды занятий/ работ*	*Виды учебной работы обучающихся*	
		Контактная работа (on-line и off-line)	*Самостоятельная работа*
1	Лекции	- веб-лекции (вебинары)	- работа с архивами проведенных занятий

		- видеолекции - лекции-презентации	- работа с опорными конспектами лекций - выполнение контрольных заданий
2	Практические, семинарские занятия	- видеоконференции - вебинары - семинары в чате - видеодоклады - семинары-форумы - веб-тренинги - видеозащита работ	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - работа по планам занятий - самостоятельное выполнение заданий и отправка их на проверку преподавателю - выполнение тематических рефератов (и (или) эссе)
3	Консультации (групповые и индивидуальные)	- видеоконсультации - веб-консультации - консультации в чате	- консультации-форумы (или консультации в чате) - консультации посредством образовательного сайта
4	Контрольные, проверочные, самостоятельные работы	- видеозащиты выполненных работ (групповые и индивидуальные) - тестирование	- работа с архивами проведенных занятий - самостоятельное изучение учебных и методических материалов - решение тестовых заданий и ситуационных задач - выполнение контрольных /проверочных/самостоятельных работ

При реализации программы или ее частей с применением дистанционных технологий кафедра ведет учет и хранение результатов освоения обучающимися дисциплины на бумажном носителе и (или) в электронно-цифровой форме (на образовательном сайте, в системе INDIGO).

Промежуточная аттестация обучающихся по учебной дисциплине с применением ЭО и ДОТ осуществляется посредством собеседования (on-line), компьютерного тестирования или выполнения письменных работ (on-line или off-line).

11. ТРЕБОВАНИЯ К ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

11.1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации «Неотложная хирургия детского

возраста» проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы, а также требованиями федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования, квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

11.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Неотложная хирургия детского возраста».

11.3. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации «Неотложная хирургия детского возраста» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ установленного образца – удостоверение о повышении квалификации.

12. ФОРМЫ И МЕТОДЫ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Промежуточная успеваемость обучающихся – оценивание промежуточных результатов обучения по модулям Программы. Промежуточная аттестация осуществляется после завершения обучения по модулю и может проводиться в форме зачета или дифференцированного зачета. Фонды оценочных средств для проведения промежуточной аттестации включают: тестовые задания, ситуационные задачи, контрольные задания, вопросы для подготовки к зачету по каждому модулю и иные оценочные средства, позволяющие оценить степень сформированности компетенции обучающихся.

12. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

№ п/п	Наименование модулей	ФИО	Ученая степень, ученое звание	Основное место работы, должность	Место работы и должность по совместительству
1.	Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии	Разин М.П.	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, зав. кафедрой детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
2.	Гнойная хирургия у детей	Скобелев В.А.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры	Кировская областная детская клиническая больница, хирург

				детской хирургии	
3.	Торакальная детская хирургия	Скобелев В.А.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
4.	Урология детского возраста	Сухих Н.К.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России , доцент кафедры детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
5.	Детская абдоминальная хирургия	Сухих Н.К.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
6.	Травматология и ортопедия детского возраста	Разин М.П.	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, зав. кафедрой детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
7.	Хирургия новорожденных	Сухих Н.К.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, доцент кафедры детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург
8.	Колопроктология детского возраста	Скобелев В.А.	к.м.н., доцент	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава	Кировская областная детская клиническая

				России, доцент кафедры детской хирургии	больница, хирург
9.	Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста	Разин М.П.	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, зав. кафедрой детской хирургии	Кировская областная детская клиническая больница, хирург

Реализация Программы, обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками подразделения Университета, реализующего Программу, а также лицами, привлекаемыми к реализации Программы на условиях гражданско-правового договора.

14. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Контрольно-измерительные материалы Программы представлены в Приложении №3 – «Фонд оценочных средств».

Приложение №1

«УТВЕРЖДАЮ»
Проректор по учебной работе
_____ Е.Н. Касаткин
«26» декабря 2023 г.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Неотложная хирургия детского возраста»
(срок обучения 72 академических часа)

Категория слушателей: детские хирурги, врачи – хирурги.
Срок обучения 72 (акад. час.)
Трудоемкость 72 (зач. ед.)
Форма обучения: очно-заочная с применением дистанционных образовательных технологий.

№	Наименование модулей/ тем	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе					Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				ПК	Форма контроля
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	Симуляционное обучение	Практическая стажировка		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР		
1	**Модули/ темы**														
1.	**Модуль 1. «Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии»**	**10**	-	-	-	-	-	-	**10**	**10**	-	-	-	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания, контрольные вопросы)**
1.1.	Тема 1. Организация хирургической помощи детям	2	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-		-
1.2.	Тема 2. Современные методы диагностики в детской хирургии	8	-	-	-	-	-	-	8	8	-	-	-		-

2.	**Модуль 2. «Гнойная хирургия у детей»**	**8**	**8**	**4**	**-**	**4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания, контрольные вопросы)**
2.1.	Тема 1. Гнойная инфекция в детской хирургии	4	4	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-		-
2.2.	Тема 2. Гематогенный остеомиелит у детей	4	4	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-		-
3.	**Модуль 3. Торакальная детская хирургия**	**9**	**9**	**5**	**-**	**4**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
3.1.	Тема 1. Заболевания легких и плевры	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
3.2.	Тема 2. Заболевания органов средостения	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
3.3	Тема 3. Заболевания пищевода	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
3.4.	Тема 4. Заболевания грудной клетки и диафрагмы	3	3	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-		-
4.	**Модуль 4. Урология детского возраста**	**12**	**9**	**5**	**-**	**4**	**-**	**-**	**3**	**3**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания, контрольные вопросы)**
4.1.	Тема 1. Семиотика урологических заболеваний у детей	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
4.2.	Тема 2. Аномалии почек, мочеточников и мочевого пузыря	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
4.3.	Тема 3. Гнойно - воспалительные заболевания мочевой	1	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-

	системы														
4.4.	Тема 4. Пузырно - мочеточниковый рефлюкс у детей	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
4.5.	Тема 5. Травма органов забрюшинного пространства у детей	3	3	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-		-
4.6.	Тема 6. Детская уроонкология	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-		-
4.7.	Тема 7. Гидронефроз у детей	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-		-
4.8.	Тема 8. Недержание мочи у детей	1	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-		-
5.	**Модуль 5. Детская абдоминальная хирургия**	**10**	**8**	**6**	-	**2**	-	-	**2**	**2**	-	-	-	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
5.1	Тема 1. Острый аппендицит и его осложнения у детей	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
5.2	Тема 2. Приобретенная кишечная непроходимость	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
5.3	Тема 3. Травма органов брюшной полости	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
5.4	Тема 4. Заболевания печени и желчевыводящих путей	2	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-		-
6.	**Модуль 6. Травматология и ортопедия детского возраста**	**4**	**2**	**1,5**	-	**0,5**	-	-	**2**	**2**	-	-	-	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
6.1	Тема 1. Детский	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-

	травматизм и его профилактика														
6.2	Тема 2. Черепно - мозговая травма у детей	1	1	0,5	-	0,5	-	-	-	-	-	-	-		-
6.3.	Тема 3. Пороки развития опорно-двигательного аппарата	2	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-		-
7.	**Модуль 7. Хирургия новорожденных**	**6**	**6**	**4**	**-**	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
7.1	Тема 1. Хирургия пороков развития	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
7.2.	Тема 2. Гнойно-воспалительные заболевания	3	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-		-
8.	**Модуль 8. Колопроктология детского возраста**	**6**	**6**	**4**	**-**	**2**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
8.1.	Тема 1. Пороки развития ануса и прямой кишки	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
8.2.	Тема 2. Мегаколон у детей	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-
8.3.	Тема 3. Воспалительные заболевания толстой кишки и заднего прохода у детей	4	4	2		2	-	-	-	-	-	-	-		-
9.	**Модуль 9. Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста**	**6**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**6**	**6**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**ПА (тестовые задания)**
9.1.	Тема 1. Основы	3	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-		-

	реаниматологии детского возраста														
9.2.	Тема 2. Интенсивная терапия у детей	3	-	-	-	-	-	-	3	3	-	-	-		-
11	**Итоговая аттестация**	**1**	**1**	**-**	**-**	**1**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4**	**Экзамен (собеседование по ситуационным задачам)**
111	**Всего по программе**	**72**	**49**	29,5	-	19,5	-	-	**23**	23	-	-	-		

Разработчики программы _____ М.П. Разин

_____ Н.К. Сухих

СОГЛАСОВАНО:

Специалист по УМР Центра НМО _____ Н.С. Кузнецова

Руководитель Центра НМО _____ С.В. Романовская

Приложение №2

КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

(срок обучения 72 академических часа)

График обучения / **Форма обучения**	**Аудиторных часов в день**	**Дней в неделю**	**Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)**
Очно-заочная форма обучения с применением дистанционных образовательных технологий			
Очная часть обучения	6	6	8,5 дней, 1,5 недели
Заочная часть обучения с применением дистанционных образовательных технологий	6	6	3,5 дней 0,5 недели
Итого по программе:			12 дней, 2 недели, 0,5 месяца

* календарные даты обучения по ДПП будут определены при наборе группы. Учебные занятия проводятся в течении 2 недель: 6 дней в неделю по 6 академических часов день.

СОГЛАСОВАНО:

Руководитель Центра НМО _____ С.В. Романовская

Приложение №3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ «НЕОТЛОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

(срок обучения 72 академических часа)

1) Фонд оценочных средств промежуточной аттестации:

Модуль 1. «Основы организации здравоохранения и современные методы диагностики в детской хирургии» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

- тестовые задания

Укажите все правильные ответы.

1. НА ПРИЕМНЫЙ ПОКОЙ ВОЗЛАГАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ЗАДАЧИ:

а) оформление документов;
б) первичное обследование и сортировка больных;
в) оказание первой помощи;
г) санитарная обработка;
д) связь с неотложными службами;
е) сбор и подача сведений о состоянии здоровья и температуре;
ж) выписка больных.

Укажите правильный ответ.

2. ОСНОВНЫМ ДОКУМЕНТОМ ПАЦИЕНТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

а) паспорт
б) карта стационарного больного;
в) медицинский страховой полис;
г) больничный лист;
д) страховое пенсионное свидетельство.

Укажите все правильные ответы.

3. ОСНОВНЫМИ СТРУКТУРНЫМИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМИ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

а) приемный покой;
б) хирургические отделения;
в) операционный блок;
г) станция скорой помощи;
д) станция переливания крови.

Укажите правильный ответ.

4. ПРИЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО НАЧИНАЕТСЯ С:

а) первичной сортировки и обследования больных;
б) оформления документации;
в) связи с неотложными службами;
г) санитарной обработки;
д) транспортировки в хирургическое отделение.

5. ПРИЕМ ПЛАНОВЫХ И ЭКСТРЕННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПРОИЗВОДИТСЯ В:

а) одном помещении;
б) разных боксах;
в) разное время.

Укажите все правильные ответы.

6. ЧАСТИЧНАЯ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА РЕБЕНКА В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ ВКЛЮЧАЕТ:

а) ванну
б) душ;

в) обтирание влажным полотенцем;
г) стрижку волос;
д) стрижку ногтей.

7. САНИТАРНУЮ ОБРАБОТКУ В ПРИЕМНОМ ПОКОЕ РЕБЕНКУ ПРОВОДЯТ:
а) родители;
б) младшая медсестра;
в) медсестра;
г) родители под контролем медсестры.
Укажите правильный ответ.

8. ПРОВОДИТСЯ ЛИ САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПЛАНОВЫХ БОЛЬНЫХ:
а) да;
б) нет.

9. КАК ЧАСТО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ПЛАНОВУЮ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПОМЕЩЕНИЙ ПРИЕМНОГО ПОКОЯ:
а) раз в день;
б) два раза в день;
в) после каждого больного;
г) только после инфекционных больных.

10. ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ПРИЕМА РЕБЕНКА В БОКСЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ:
а) влажную уборку;
б) кварцевание помещения 20 мин;
в) проветривание помещения 15 мин;
г) протереть кушетку дезинфицирующим раствором;
д) орошение помещения дезинфицирующим раствором.
Укажите все правильные ответы.

11. ПОЛНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ ПОМЕЩЕНИЯ БОКСА ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРИЕМНОГО ПОКОЯ ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ У ПАЦИЕНТА:
а) сопутствующего инфекционного заболевания;
б) сопутствующего педикулеза, чесотки;
в) хирургической инфекции.

12. К СТРУКТУРНЫМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ:
а) палаты;
б) полубоксы;
в) процедурный кабинет;
г) перевязочная чистая;
д) перевязочная гнойная;
е) оперблок;
ж) пищеблок.
Укажите правильный ответ.

13. ПРИ СТРОГОМ ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ РАЗРЕШАЕТСЯ ВСТАВАТЬ ТОЛЬКО В:
а) туалет;
б) столовую;
в) перевязочную;
г) процедурную;
д) не разрешается.
Укажите все правильные ответы.

14. В ПРИКРОВАТНОЙ ТУМБОЧКЕ БОЛЬНОЙ МОЖЕТ ДЕРЖАТЬ:
а) мягкие игрушки;
б) книги;
в) туалетные принадлежности;
г) передачу с продуктами;
д) смену чистого белья;
е) детское питание.

15. ПОСТЕЛЬНОЕ БЕЛЬЕ БОЛЬНОМУ ПЕРЕСТИЛАЕТСЯ НЕ РЕЖЕ ЧЕМ ОДИН РАЗ В:
а) день;

б) три дня;
в) неделю;
г) и при загрязнении.

Укажите правильный ответ.

16. МОЖНО ЛИ ПРОВОДИТЬ ВЛАЖНУЮ УБОРКУ ПАЛАТ ВО ВРЕМЯ ДНЕВНОГО И НОЧНОГО СНА БОЛЬНЫХ:

а) да;
б) нет.

Эталоны правильных ответов

1. а, б, в, г, д.
2. б.
3. а, б, в.
4. б.
5. б.
6. в, д.
7. б, г.
8. а.
9. б.
10. г.
11. а, б.
12. а, б, в, г, д.
13. д.
14. б, в, д.
15. в, г.
16. б.

Критерии оценки:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

- вопросы для подготовки к зачету

1. Определение понятия «детская хирургия»
2. Анатомо-физиологические особенности детского возраста
3. Общее представление о хирургической патологии детского возраста
4. Принципы организации работы детского хирургического стационара
5. Хирургическая помощь детям в поликлинической сети и стационарах общего профиля.
6. Плановая и неотложная хирургия
7. Роль врача-педиатра в раннем выявлении хирургических заболеваний и пороков развития. Понятие «хирургической настороженности».
8. Какие заболевания печени диагностируются при УЗИ?
9. Какие заболевания и патологические состояния желчного пузыря диагностируются при УЗИ?
10. Как выглядит на ультразвуковой сканограмме поджелудочная железа при остром и хроническом панкреатите?
11. Когда показано ультразвуковое исследование селезенки?
12. Каковы нормальные размеры лоханок почки у детей?
13. Какие виды дистопий почек выявляются по УЗИ?
14. Какие виды обструктивных уропатий можно выявить по данным УЗИ?
15. В каких случаях показана эхокардиография?
16. Назовите показания к проведению нейросонографии.
17. Назовите ультразвуковые признаки повреждений органов брюшной полости.
18. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия».

19. Этика и деонтология в детской хирургии, особенности деонтологии в хирургии новорожденных.

«Специальные методы исследования в детской хирургии»

- тестовые задания:

1. Больная Д., 7 лет, поступила в приемное отделение больницы. За полтора часа до поступления в больницу внезапно развилась рвота темной кровью со сгустками общим объемом около 150 мл. Состояние тяжелое, сознание ясное, кожные покровы бледные. Температура тела 37,3^0, пульс 108 в минуту, артериальное давление 90/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Умеренно выражена гепатоспленомегалия. В анамнезе – перенесенный в возрасте 3-х лет инфекционный гепатит. Ваш предположительный диагноз?

А) язвенная болезнь ЖКТ;
Б) портальная гипертензия;*
В) синдром Мэллори-Вейса;
Г) гемолитическая анемия;
Д) острый гастроэнтерит

Какой из методов диагностики необходимо использовать в данной ситуации?

А) Рентгенологический;
Б) Радиоизотопный;
В) Фиброгастроскопия;*
Г) Ангиография;
Д) МРТ

2. Больная Л., 14 лет, поступила для оперативного лечения врожденного гидронефроза слева. При подготовке к операции вторичный хронический пиелонефрит санирован. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 7,6x10^9/л, лимфоциты – 23%, Т-лимфоциты – 70% (1,22x10^9/л), В-лимфоциты – 20% (0,35x10^9/л), CD_4-клетки – 38%, CD_8-клетки – 20%, иммунорегуляторный индекс – 1,2, фагоцитарная активность нейтрофилов – 39%, фагоцитарный индекс – 6,0, НСТ-тест – 28%, ЦИК – 0,130 ед.опт.пл., IgG – 14,6 г/л, IgA – 2,1 г/л, IgM – 4,0 г/л. В какой терапии нуждается больная?

А) дезинтоксикационной;
Б) витаминотерапии;
В) химиотерапии;
Г) иммунотропной;*
Д) лучевой

3. Больной С., 3 года. Во время купания мать ребенка обратила внимание на асимметрию живота и болезненность при ощупывании слева. Обратились к хирургу. Объективно: кожные покровы бледные, ребенок пониженного питания. Живот мягкий, умеренно вздут. При пальпации щадит левую половину живота. Определяется опухолевидное образование – плотное, болезненное, неподвижное, занимающее всю поясничную область. Какой из методов диагностики необходим в первую очередь в данном случае?

А) обзорная рентгенография;
Б) ирригография;
В) экскреторная урография;*
Г) ангиография;
Д) КТ

4. Больной А., 8 лет, лечится в палате интенсивной терапии по поводу бактериальной деструктивной пневмонии, осложненной пиопневмотораксом справа. Болен 5-ый день, плевральная полость дренирована. Данные развернутой иммунограммы: лейкоциты – 12,8x10^9/л, лимфоциты – 17%, Т-лимфоциты – 31,4% (0,68x10^9/л), В-лимфоциты – 31,2% (0,68x10^9/л), CD_4-клетки – 57%, CD_8-клетки – 28%, иммунорегуляторный индекс – 2,0, фагоцитарная активность нейтрофилов – 53%, фагоцитарный индекс – 7,3, НСТ-тест –

35%, ЦИК – 0,041 ед.опт.пл., IgG – 8,9 г/л, IgA – 1,0 г/л, IgM – 1,0 г/л. Какой вид иммунотерапии показан больному в настоящее время?
А) иммунозаместительный специфический;
Б) иммуномодулирующий;*
В) иммуностимулирующий;
Г) иммунодепрессантный;
Д) иммунозаместительный неспецифический
5. Новорожденный Р. в первые сутки направлен в детское хирургическое отделение с подозрением на атрезию пищевода. Какой метод диагностики является наиболее информативным?
А) бронхография;
Б) нейросонография;
В) обзорная рентгенография;
Г) эзофагография;*
Д) УЗИ
6. Больной К., 14 лет, обратился с жалобами на боли в нижней трети левого бедра. Болен около двух месяцев, в последнее время боли усиливаются по ночам, плохо спит. Объективно: температура 37.2^0, правильного телосложения, мышечно-суставная система без видимых изменений. При пальпации определяется уплотнение тканей нижней трети левого бедра, пальпация болезненная. Какой метод диагностики является предпочтительным?
А) рентгенография;
Б) МРТ;*
В) ангиография;
Г) УЗИ;
Д) сцинтиграфия
7. Больной К. 10 лет, обратился на прием к детскому хирургу с жалобами на периодические боли в правой поясничной области. В анамнезе – неоднократно лечился в поликлинике по поводу «инфекции мочевыделительной системы». При осмотре выявлено опухолевидное образование в правой поясничной области. Ваш предположительный диагноз?
А) нефробластома;
Б) врожденный гидронефроз;*
В) уретерогидронефроз;
Г) травма органов забрюшинного пространства;
Д) мультикистоз почки
Какой из методов диагностики предпочтителен в данном случае?
А) цистография;
Б) УЗИ;*
В) экскреторная урография;
Г) обзорная рентгенография;

Критерии оценки:
«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 2. «Гнойная хирургия у детей» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):
Тестовые задания:
1. ФЕНОМЕН ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ПРОВАЛА ПФАУНДЛЕРА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1) недостатком IgA

2) недостатком IgM
3) недостатком IgG*
4) незавершенным фагоцитозом
5) низкой кислотностью желудочного сока

2. ФУРУНКУЛЕЗ – ЭТО

1) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного мешочка сальной железы и окружающих тканей
2) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы и окружающих тканей
3) воспаление нескольких волосяных мешочков на различных по локализации участках тела
4) воспаление нескольких потовых желез
5) заболевание, которое характеризуется множественными фурункулами и носит системный, рецидивирующий характер*

3. КАКОЙ ГРУППЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ

1) цефалоспорины I поколения
2) цефалоспорины II поколения
3) цефалоспорины III поколения*
4) пенициллины
5) ингибитор-защищенные пенициллины

4. ЭРИТЕМАТОЗНАЯ ФОРМА РОЖИСТОГО ВОСПАЛЕНИЯ ТРЕБУЕТ

1) консервативной терапии*
2) хирургического вмешательства
3) комплексной терапии (консервативные мероприятия и хирургическое вмешательство)
4) комплексной терапии совместно с лучевой терапией
5) данная форма не требует стационарного лечения

5. ПРИЧИНОЙ СЕРОЗНОГО ОМФАЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) врожденный порок развития урахуса
2) врожденный порок развития желточного протока
3) внедрение инфекционных агентов через пупочную рану*
4) гематогенное поражение пупочного остатка
5) лимфогенное поражение пупочного остатка

6. КАКОЙ ВИД ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНЫ НОВОРОЖДЕННЫХ

1) не требуется
2) вскрытие по центру флюктуации
3) множественные разрезы с захватом здоровых тканей*
4) разрезы и дренирование выпускниками
5) пункция флегмоны с аспирацией содержимого

7. КАКИЕ ФОРМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ В ЛЕЧЕНИИ ГВЗМТ В СТАДИЮ ИНФИЛЬТРАЦИИ

1) таблетированные
2) мазевые
3) парентеральные
4) свечи
5) гелевые*

1.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ИЗМЕРЕНИЕ ВНУТРИКОСТНОГО ДАВЛЕНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОИЗВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ

1) 1-2 минут *
2) 10-15 минут
3) 20-25 минут
4) 30-40 минут

5) 60 минут

2.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕН ГНОЙ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

1) измерение внутрикостного давления
2) дополнительную остеоперфорацию *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

3.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ПРИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПОЛУЧЕНА КРОВЬ. ДАЛЬНЕЙШИЕ ДЕЙСТВИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЮТ

1) дополнительную остеоперфорацию
2) измерение внутрикостного давления *
3) ушивание раны
4) промывание костномозгового канала
5) дренирование раны

4.РЕБЕНОК ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ. НЕСМОТРЯ ПА ИНТЕНСИВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ, БОЛЬНОЙ ПОГИБ ЧЕРЕЗ СУТКИ. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ МОЖНО ОТНЕСТИ

1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному *
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

5.У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ НЕ БЫЛО ОБОСТРЕНИЯ ПРОЦЕССА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному *
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому
5) к септикопиемическому

6.У РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ОСТРЫЙ ГЕМАТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ, ПРОШЛО 10 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ. МЕСТНО: СВИЩ С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТР. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному
2) к затяжному
3) к молниеносному
4) к хроническому *
5) к септикопиемическому

7.РЕБЕНКУ В ТЕЧЕНИЕ 10 МЕСЯЦЕВ ПРОВОДИЛОСЬ ЛЕЧЕНИЕ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА. ПОСЛЕ ПОСЛЕДНЕЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 2 ЛЕТ ОБОСТРЕНИЙ НЕ БЫЛО. МЕСТНО ИЗМЕНЕНИЙ НЕТ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ - ЯВЛЕНИЯ ОСТЕОСКЛЕРОЗА. УКАЗАННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ОТНОСИТСЯ

1) к обрывному
2) к затяжному *
3) к молниеносному
4) к хроническому

5) к септикопиемическому

8.ПРИ ОСТРОМ ГЕМАТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОСТРОГО ПЕРИОДА ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСТАВЛЯЕТ

1) до 1 месяца
2) до 2-3 месяцев *
3) до 4-8 месяцев
4) до 8-10 месяцев
5) до 1 года

9.РЕБЕНОК 7 ЛЕТ ПОСТУПИЛ В СТАЦИОНАР С ОСТРЫМ ГЕМАТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ НИЖНЕЙ ТРЕТИ БЕДРА НА 3-Й СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ. СОСТОЯНИЕ ТЯЖЕЛОЕ. ИНТОКСИКАЦИЯ. ПНЕВМОНИЯ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

1) срочная остеоперфорация
2) остеоперфорация после предоперационной подготовки *
3) инфузионная, антибактериальная терапия; остеоперфорация в плановом порядке
4) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
5) внутрикостное введение антибиотиков

10.ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА В РАННИЕ СРОКИ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) диагностическая пункция мягких тканей
2) остеофлебография
3) электрорентгенография
4) измерение внутрикостного давления
5) бактериоскопия мазка *

11.У РЕБЕНКА ОЧАГ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ. ПЕРИОДИЧЕСКИ ОБОСТРЕНИЕ ПРОЦЕССА В ВИДЕ БОЛЕЙ, ПОВЫШЕНИЯ ТЕМПЕРАТУРЫ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА

1) срочная операция
2) плановая операция *
3) диагностическая пункция
4) наблюдение
5) антибиотикотерапия

Критерии оценки:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

- вопросы к зачету

1) Функции хирурга детской поликлиники. Оснащение хирургического кабинета
2) Асептика и антисептика
3) Обезболивание. Деонтология в детской хирургии
4) Важнейшие врачебные манипуляции. Принципы разъединения и соединения тканей
5) Пункции суставов и полостей. Остановка кровотечений
6) Футлярная блокада по Вишневскому. Катетеризация мочевого пузыря
7) Эндоскопия в поликлинике, элементы реанимации
8) Гипсовая техника. Прием и оказание первой врачебной помощи
9) Фурункул, карбункул. Клиника, диагностика, лечение
10) Рожистое воспаление. Клиника, формы, диагностика, лечение
11) Абсцессы, банальные флегмоны подкожно-жировой клетчатки
12) Гнойно-некротическая флегмона новорожденных
13) Мастит новорожденных. Клиника, диагностика, лечение

14) Парапроктит. Этиология, клиника. Диагностика. лечение
15) Панариции. Классификация, виды, клиника, диагностика, виды лечения
16) Лимфаденит. Клиника, диагностика, лечение
17) Балапопостит. Клиника, диагностика, лечение
18) Омфалит. Формы. Клиника, диагностика, лечение
19) Гнойная рана. Принципы послеоперационного ведения

Критерии оценки собеседования:

- «отлично» ставится слушателю, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления;
- «хорошо» заслуживает слушатель, обнаруживший полное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, которые легко исправляет после наводящих вопросов.
- «удовлетворительно» заслуживает слушатель, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями.
- «неудовлетворительно» выставляется слушателю, допустившему при ответе на вопросы задачи многочисленные ошибки принципиального характера, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может.

Модуль 3: «Торакальная детская хирургия» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

Тестовый контроль:

Выберите один правильный ответ

1) ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:
1) френоперикардиальная
2) передние
3) пищеводного отверстия *
4) задние ложные
5) истинные

2) У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
1) передние грыжи диафрагмы
2) истинные левосторонние грыжи
3) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы *
4) задние ложные грыжи
5) френоперикардиальные грыжи

3) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:
1) жесткая эзофагоскопия
2) рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка *
3) фиброэзофагоскопия
4) обзорная рентгеноскопия
5) компьютерная томография

4) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ:
1) с халазией пищевода *
2) с ахалазией пищевода
3) с врожденным стенозом
4) с врожденным коротким пищеводом
5) с дивертикулом пищевода

5) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВЫГОДНЕЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:

1) из левосторонней торакотомии
2) из лапароторакотомии
3) из правосторонней торакотомии
4) из верхнесрединной лапаротомии *
5) из широкой срединной лапаротомии
6) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АГРЕССИВНОСТИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) эзофагоскопия
2) манометрия
3) pH-метрия *
4) рентгеноконтрастное исследование
5) компьютерная томография

7.ОБЪЕМ НЕОБХОДИМЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДО НАЗНАЧЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ У РЕБЕНКА С ТРАВМАТИЧЕСКИМ РАЗРЫВОМ ЛЕГКОГО И ЗАКРЫТЫМ НАПРЯЖЕННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ ВКЛЮЧАЕТ
1) начать ингаляцию кислорода и направить больного на рентгенологическое исследование
2) произвести пункцию плевральной полости и удалить скопившийся воздух
3) с противошоковой целью ввести наркотики
4) до установления окончательного диагноза больной в лечении не нуждается
5) пунктировать плевральную полость, удалить воздух и провести дренирование по Бюлау, произвести шейную вагосимпатическую блокаду по Вишневскому, приступить к обследованию для уточнения диагноза*

8.ОПТИМАЛЬНЫЙ ПОРЯДОК ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У РЕБЕНКА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) оксигенацию, временную остановку кровотечения, местное обезболивание очагов поражения, транспортную иммобилизацию, переливание плазмозаменителей*
2) переливание плазмозаменителей, транспортную иммобилизацию, искусственное дыхание, временную остановку кровотечения
3) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков
4) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации
5) транспортную иммобилизацию, временную остановку кровотечения, введение наркотиков, обеспечение оксигенации, введение анальгетиков

9.ОПТИМАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С КОМПРЕССИОННЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ВКЛЮЧАЕТ
1) функциональный метод лечения - вытяжение, ЛФК, массаж*
2) с помощью корсетов
3) оперативное лечение
4) одномоментную реклинацию и корсет
5) не требует лечения

10.ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ
1) черепно-мозговая травма
2)черепно-мозговая травма и повреждения внутренних органов и нижних конечностей*
3) повреждения позвоночника и таза
4) повреждения таза и верхних конечностей
5) повреждения верхних и нижних конечностей

11.ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У БОЛЬШИНСТВА ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ

1) падение с высоты и огнестрельные ранения
2) автотравма и падение с высоты*
3) синдром опасного обращения с детьми
4) огнестрельные ранения
5) рельсовая травма

12.ПРИ ПАДЕНИИ С ВЫСОТЫ ПРЕОБЛАДАЮТ

1) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей
2) черепно-мозговая травма + повреждения внутренних органов
3) повреждения таза и конечностей
4) повреждения конечностей
5) черепно-мозговая травма + повреждения конечностей, таза и внутренних органов*

13.ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПРИ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ ПОЛИТРАВМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) состояние жизненно важных функций*
2) степень кровотечения
3) болевая ирритация
4) коматозное состояние
5) степень шока

14.ПРИ ПОЛИТРАВМЕ СО СЛЕДУЮЩЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНОЙ: ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ НОСОГУБНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ЧАСТОЕ ПОВЕРХНОСТНОЕ ДЫХАНИЕ, ТИМПАНИЧЕСКИЙ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ПРАВОЙ ПОЛОВИНОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, СМЕЩЕНИЕ ГРАНИЦ СЕРДЦА ВЛЕВО – ВЕДУЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) разрыв печени и диафрагмы
2) разрыв диафрагмы
3) ушиб сердца
4) открытый пневмоторакс
5) закрытый напряженный пневмоторакс, разрыв легкого*

Критерии оценки:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 4. «Урология детского возраста» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

Тестовый контроль:

Выберите один правильный ответ

1. В КАКИЕ СРОКИ ГЕСТАЦИИ ПРОИСХОДИТ МЕЗОНЕФРАЛЬНЫЙ ЭТАП РАЗВИТИЯ ПОЧЕК

1) – 3-4 неделя
2) – 6-10 неделя
3) – 7-12 неделя
4) – 3-14 неделя*
5) – 10-12 неделя

2. КАК МЕНЯЕТСЯ ПОЛОЖЕНИЕ ПОЧЕК, НАЧИНАЯ С 7-8 НЕДЕЛИЭМБРИОГЕНЕЗА

1) – восходят и пронируются*
2) – нисходят и пронируются
3) – восходят и супинируются
4) – нисходят и супинируются

5) – не меняется

3. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕФРОПТОЗА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) пальпация
2) экскреторная урография *
3) ультразвуковое сканирование
4) радиоизотопное исследование
5) ангиоренография

4. МЕТОД МИКЦИОННОЙ УРЕТРОЦИСТОГРАФИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ

1) нейрогенных дисфункций мочевого пузыря
2) гидронефроза
3) пороков уретры и ПМР*
4) удвоения верхних мочевых путей
5) нефроптоза

5. ИЗ КАКОГО ЭМБРИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ ЗАЧАТОК

1) – из мезонефроса
2) – из мюллерова канала
3) – из вольфова канала *
4) – из метанефрогенной бластемы
5) – из аллантоиса

6. ПРИЧИНА ФОРМИРОВАНИЯ МУЛЬТИКИСТОЗА ЭТО…

1) – несостыковка мочеточникового зачатка и метанефрогенной бластемы
2) – отсутствие закладки мочеточникового зачатка*
3) – недоразвитие собирательных канальцев
4) - несостыковка мочеточникового зачатка и урогенитального синуса
5) – наличие обструкции в ЛМС

7. ПРИ МАКРОГЕМАТУРИИ У ДЕТЕЙ В СРОЧНОМ ПОРЯДКЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

1) ретроградную пиелографию
2) экскреторную урографию
3) цистоскопию *
4) цистоуретрографию
5) радиоизотопные методы

8. ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточника *
2) признаки нарушения сократительной способности лоханки
3) признаки вторичного пиелонефрита
4) истончение почечной паренхимы
5) признаки снижения почечного кровотока

9. НЕДОРАЗВИТИЕ МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЯ ПОЧКИ ВЫРАЖАЕТСЯ

1) – гидронефрозом
2)– поликистозом
3) – губчатой почкой
4) – гидрокаликозом
5) – мегаполикаликозом *

10. ВИЗУАЛЬНО ОЦЕНИВАЯ ВЫДЕЛЕННУЮ МОЧУ, НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНО МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ

1) пиурию
2) альбуминурию
3) микрогематурию
4) макрогематурию*

5) оксалурию

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ОБСЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ОБСТРУКЦИИ В ЛМС СЧИТАЮТ

1) экскреторную урографию*
2) цистографию
3) цистоскопию
4) цистометрию
5) УЗИ с определением кровотока

12. В СИНДРОМ «ОСТРОЙ МОШОНКИ» ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) отек, гиперемия, болезненность в области мошонки*
2) гиперемия, болезненность в области мошонки, увеличение паховых лимфоузлов
3) отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки
4) отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах
5) накопление жидкости в полости мошонки, увеличение яичка, болезненность яичка

13. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения
2) оперативного лечения в плановом порядке
3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
4) наблюдение в динамике
5) гормональное лечение

14. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО 2 ЛЕТ С НЕНАПРЯЖЕННОЙ ВОДЯНКОЙ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ

1) наблюдение в динамике
2) пункцию оболочек с эвакуацией жидкости
3) повторные пункции с введением гидрокортизона
4) оперативное лечение в плановом порядке*
5) назначение гормональных препаратов

15. НЕНАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У БОЛЬНОГО ДО 1,5 ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА

1) повышенным внутрибрюшным давлением
2) диспропорцией кровеносной и лимфатической систем
3) травмой пахово-мошоночной области
4) незаращением вагинального отростка*
5) инфекцией мочевыводящих путей

16. ПАХОВЫЙ КАНАЛ НЕ ОБРАЗОВАН ЭЛЕМЕНТАМИ

1) апоневроза наружной косой мышцы живота;
2) подвздошно-гребешковой связки*
3) пупартовой связки
4) нижнего края внутренней косой и поперечных мышц
5)поперечной фасции

17. ПУНКЦИЯ ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА ПОКАЗАНА

1) при кисте семенного канатика;
2) при перекруте яичка;
3) при орхоэпидидимите;
4) при напряженной водянке оболочек яичка*
5) при идиопатическом отеке мошонки

18. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЭТАПОВ НЕ СОДЕРЖИТ ОПЕРАЦИЯ НИЗВЕДЕНИЯ ЯИЧКА

1) обработки вагинального отростка
2) полной скелетизации сосудов яичка*
3) выделения яичка единым блоком
4) тоннелизации мошонки

5) фиксации яичка к мясистой оболочке

19. ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОРХОПЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) низведение яичка без натяжения его элементов*
2) надежная фиксация яичка к мясистой оболочке
3) пересечение мышцы, поднимающей яичко
4) создание условий для постоянной тракции элементов семенного канатика
5) фиксация яичка к дну мошонки с натяжением семенного канатика

20. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ I СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ

1) эндоваскулярная окклюзия
2) операция Иваниссевича
3) операция Паломо
4) консервативная терапия: венотоники, контрастный душ и т.д.*
5) тщательное урологическое обследование

21. БОЛЬНОЙ 13 ЛЕТ СТРАДАЕТ ВАРИКОЦЕЛЕ II-III СТЕПЕНИ. ЕМУ ПОКАЗАНЫ:

1)наблюдениевдинамике
2) консервативная терапия
3) склеротерапия
4) операция Иваниссевича*
5) операция Винкельмана

22. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА СЧИТАЮТ

1) гематурию
2) обострение пиелонефрита
3) стеноз сформированного анастомоза*
4) камнеобразование
5) нагноение послеоперационной раны

23. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ГИДРОНЕФРОЗЕ У ДЕТЕЙ СЧИТАЮТ

1) операцию Фолея
2) операцию Бонина
3) операцию Андерсона –Хайнса*
4) резекцию добавочного сосуда
5) уретеролизис

24. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ МЕАТОТОМИИ ПРИ ГИПОСПАДИИ В СОЧЕТАНИИ С МЕАТОСТЕНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) 1-2 года
2) 3-5 лет
3) 6-8 лет
4) по установлению диагноза*
5) в пубертатном периоде

25. ОПТИМАЛЬНЫЙ СРОК ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭКСТРОФИИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

1) 2-3-и сутки жизни*
2) 1-3 года
3) 4-5 лет
4) 6-8 лет
5) 9-15 лет

26. НАРАСТАЮЩАЯ ПРИПУХЛОСТЬ В ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРНА

1) для удвоения почки
2) для гидронефроза
3) для нефроптоза
4) для разрыва почки*
5) для туберкулеза

27. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

1) острая задержка мочи, паравезикальная гематома
2) пиурия, гематурия
3) перитонеальная симптоматика, притупление звука в отлогих местах, олигурия*
4) перелом костей таза, острая задержка мочи
5) почечная колика

28. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ТРАВМЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) экскреторная урография
2) цистоскопия
3) цистография*
4) катетеризация мочевого пузыря
5) хромоцистоскопия

29. ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМОМ ПОЛНОГО РАЗРЫВА УРЕТРЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

1) гематурия
2) пиурия
3) острая задержка мочи*
4) дизурия
5) альбуминурия

30. АКТИВНЫЙ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕН

1) при цистоскопии
2) при антеградной урографии
3) при микционной цистоуретрографии*
4) при урофлоуметрии
5) при цистометрии

31. НАПРЯЖЕННАЯ ВОДЯНКА ОБОЛОЧЕК ЯИЧКА У РЕБЕНКА 1 ГОДА ТРЕБУЕТ

1) экстренного оперативного лечения
2) оперативного лечения в плановом порядке
3) одно-двукратной пункции, при неэффективности – операцию*
4) наблюдение в динамике
5) гормональное лечение

Критерии оценки:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Контрольные вопросы для подготовки к зачету:

1. Какие стадии развития проходит почка в процессе эмбриогенеза.
2. Рудиментами каких эмбриональных структур являются гидатиды яичек и яичников?
3. Из какой эмбриональной структуры формируется фильтрационно-реабсорбционный, а из какой – мочевыделительный аппарат окончательной почки?
4. На каком этапе эмбриогенеза почек и как формируются различные виды дистопий?
5. Как формируются аномалии взаимоотношения почек?
6. Как формируются аномалии структуры почек?
7. В чём причина развития мультикистоза почки?
8. Какие нарушения развития мочеточникового зачатка можно отнести к супрауретеральным?

9. Нарушения каких механизмов эмбриогенеза ведут к развитию экстрофии мочевого пузыря?
10. Какие формы нарушений облитерации мочевого протока Вы знаете?
11. Классификация идиопатического варикоцеле
12. Какие методы лечения варикоцеле применяются в детской практике?
13. Какие причины чаще приводят к развитию синдрома «острой мошонки» у детей?
14. Назовите классическую клиническую триаду синдрома «острой мошонки»
15. Какие гипотезы развития мочекаменной болезни Вы знаете?
16. Какие по составу камни выявляются при мочекаменной болезни у детей?
17. В каком возрасте чаще встречаются камни мочевого пузыря?
18. Перечислите преимущества дистанционной литотрипсии.
19. Что такое комбинированная травма почки?
20. Назовите анатомо-физиологические особенности детского организма, имеющие наиболее существенную роль при тупой травме почки?
21. Сформулируйте диагностический алгоритм обследования ребенка с подозрением на травму почки
22. Показания к оперативному лечению травмы почки у детей
23. Как производится диагностика травмы мочеточника у детей?
24. Какие виды разрывов мочевого пузыря Вы знаете?
25. Какие методы лечения повреждений уретры у детей наиболее оптимальны?

Критерии оценки собеседования:
оценка «отлично» ставится слушателю, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления;
оценку «хорошо» заслуживает слушатель, обнаруживший полное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, которые легко исправляет после наводящих вопросов.
оценку «удовлетворительно» заслуживает слушатель, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями.
оценка «неудовлетворительно» выставляется слушателю, допустившему при ответе на вопросы задачи многочисленные ошибки принципиального характера, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может.

Модуль 5. «Детская абдоминальная хирургия» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):
Тестовый контроль:
Выбрать один правильный ответ
1. ИЗ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СЕЛЕЗЕНКИ
1) доброкачественные опухоли
2) злокачественные опухоли
3) энтерокисты
4) врожденные кисты *
5) удвоения
2. ПРИ ЭНТЕРОКИСТАХ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ПОКАЗАНО
1) резекция кишки с кистой *
2) вылущивание кисты
3) пункция кисты
4) анастомоз кисты с другим участком кишки
5) консервативное лечение
3. ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРИ ПРИОБРЕТЕННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

1) иссечение кисты
2) резекция поджелудочной железы
3) цистоеюноанастомоз *
4) наружное дренирование
5) цистодуоденоанастомоз

4. ЖЕЛТУХА ПРИ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННОГО ОБЫЧНО ПОЯВЛЯЕТСЯ
1) с момента рождения
2) с 1-2-го дня быстро прогрессирует *
3) со 2-го дня быстро исчезает
4) с 3-го дня жизни
5) со 2-8-й недели

5. БИЛИРУБИНОВЫЙ ОБМЕН У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕ ЗАВИСИТ ОТ
1) снижения способности печени к конъюгации билирубина
2) особенностей строения желчевыводящей системы
3) незрелости тканей гематоэнцефалического барьера
4) недостаточности витамина С *
5) ранимости билирубинового обмена при патологии

6. ПРИЧИНАМИ ХИЛОТОРАКСА МОГУТ БЫТЬ
1) врожденные
2) травматические
3) нетравматические
4) все вышеперечисленные *
5) наследственные

7. БОЛЕЗНЬ ВАЛЬДМАНА ЭТО
1) лимангиоматоз кишечника *
2) лимфангиоматоз легкого
3) гемангиомы кишечника
4) ангиоматоз легкого
5) фиброзная остеодисплазия

8. ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ РЕБЕНКА С НАПРЯЖЕННЫМ ХИЛОТОРАКСОМ ПОКАЗАНО
a. плевральное дренирование с активной аспирацией
b. плевральное дренирование с аспирацией по Бюлау
3) операция
4) плевральная пункция *
5) консервативное лечение

9. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ВЫПОТА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ИЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПОЛЬЗУ ТОГО, ЧТО ЭТО ЛИМФА, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
1) повышенное содержание липидов
2) повышенное содержание белка
3) повышенный уровень триглицеридов
4) при микроскопии преобладают лимфоциты
5) при микроскопии преобладают нейтрофилы*

10. ПОМИМО ПУНКЦИОННОГО, ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ХТ И ХП В СЕБЯ ВКЛЮЧАЕТ
1) ЛФК, массаж
2) парафин на переднюю брюшную стенку
3) парентеральное питание (или смеси с ТСЦ), октреатид *
4) системную энзимотерапию
5) селективную деконтаминацию

10. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
3) копчиковая киста

4) воронкообразное кожное втяжение

5) все перечисленное

11. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) зондирование

2) пальцевое ректальное обследование

3) рентгенофистулография *

4) ректороманоскопия, колоноскопия

5) весь перечисленный комплекс исследований

12. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) на животе *

2) на спине

3) на левом боку

4) на правом боку

5) любое из перечисленных

13. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1) по установлении диагноза

2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *

3) при обострении процесса

4) после 5-6 лет

5) в любые сроки

14. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгеноконтрастный

2) ректороманоскопия

3) колоноскопия

4) пальцевое ректальное исследование *

5) все перечисленное

15. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;

Б) консервативная терапия, бужирование;

В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *

Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

Д) любой из перечисленных вариантов.

16. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

17. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза

2) в 1,5 года *

3) в 3-4 года

4) в 7 лет

5) в более старшем возрасте

18. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

1) 3 часа после рождения

2) 6 часов после рождения

3) 16 часов после рождения *

4) 24 часа после рождения

5) 32 часа после рождения

19. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1) ректовестибулярный свищ *

2) ректовагинальный свищ

3) ректоуретральный свищ

4) ректовезикальный свищ

5) ректопромежностный свищ

20. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгенография по Вангенстину

2) контрастное исследование кишки через свищ

3) исследование свища зондом *

4) электромиография промежности

5) профилометрия

21. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *

2) гипертрофия мышечного слоя кишки

3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки

4) токсическая дилятация толстой кишки

5) все перечисленное

22. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

1) острую *

2) подострую

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

23. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

1) ирригографию

2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *

3) дачу бариевой смеси через рот

4) колоноскопию

5) определение активности ацетилхолинэстеразы

24. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

1) радикальная операция

2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки

3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку

4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки

5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

25. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 3 месяца

2) 6 месяцев

3) 9 месяцев

4) 12 месяцев *

5) 3 года и старше

26. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:

1) острую

2) подострую *

3) хроническую

4) ректальную

5) ректосигмоидальную

27. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:

1) в 1,5 года

2) в 3 года

3) в 6 лет

4) в 10 лет

5) по установлении диагноза *

28. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм

2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию

4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки

5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

29. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) до 6 месяцев *

2) после 1 года

3) после 3 лет

4) после 6 лет

5) после перенесенной кишечной инфекции

30. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) операция Дюамеля

2) операция Свенсона

3) операция Соаве *

4) колостома

5) илеостома

31. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) ирригография с воздухом

3) ирригография с бариевой взвесью *

4) дача бариевой взвеси через рот

5) колоноскопия

32. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:

1) болезнь Гиршпрунга *

2) долихосигма

3) хронический колит

4) неспецифический язвенный колит

5) болезнь Крона

33. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:

1) консервативную терапию, сифонные клизмы

2) срочное радикальное оперативное вмешательство

3) срочную колостомию

4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *

5) колостомию в удовлетворительном состоянии

34. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:

1) опухоль толстой кишки

2) удвоение кишечника

3) лимфангиома брюшной полости

4) каловый камень *

5) холодный аппендикулярный инфильтрат

35. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) разрез мягких тканей и дренирование *

2) радикальное иссечение инфильтрата и свища

3) антибактериальная терапия

4) физиотерапевтические методы лечения

5) повязка с мазью Вишневского

36. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:

1) 3 месяца

2) 6 месяцев *

3) 8 месяцев

4) 1,5 года

5) после 3 лет

37. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) инфекционная

2) ферментативная

3) алиментарная

4) аллергическая

5) аутоиммунная *

38. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:

1) острая
2) первично-хроническая
3) хроническая
4) скоротечная
5) подострая *

39. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:

1) об острой форме неспецифического язвенного колита
2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

40. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) бактериологическое
2) рентгенологическое
3) эндоскопическое *
4) пальцевое ректальное
5) биохимия крови

41. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ. БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКОРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

1) колита
2) болезни Гиршпрунга
3) неспецифического язвенного колита *
4) болезни Крона
5) семейного полипоза

42. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) младший возраст
2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
3) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
4) поражение толстой кишки на всем протяжении
5) все перечисленное

43. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:

1) наблюдение
2) сифонная клизма
3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *

4) цекостомия

5) сигмостомия

44. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома *

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

45. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ревизия и санация раны *

2) ревизия и санация раны, цекостома

3) ревизия и санация раны, сигмостома

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома

5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

46. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:

1) ревизия и санация брюшной полости

2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома

3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости

4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *

5) ревизия раны, наблюдение

47. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:

1) ревизия и санация раны

2) ревизия и санация раны, сигмостома

3) ревизия и санация раны, цекостома

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости

5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *

48. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгенологический

2) эндоскопический

3) пальцевое ректальное исследование *

4) ангиография

5) пункция образования

49. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:

1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *

2) дренирование кисты

3) антибактериальная терапия

4) рентгенотерапия

5) наблюдение

50. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) 6-8 месяцев *

2) 1 год

3) 2 года

4) 3 года

5) в зависимости от роста и размеров образования

51. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) ректальное исследование

2) эндоскопия *

3) биопсия

4) ангиография

5) ирригография

52. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:

1) осмотр прямой кишки в зеркалах

2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *

3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа

4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа

5) криодеструкцию полипа

53. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) лейкоз

2) трещина заднего прохода *

3) язвенный колит

4) полип прямой кишки

5) гемофилия

54. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая *

2) вторая

3) третья

4) четвертая

5) пятая

55. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая *

3) третья

4) четвертая

5) пятая

56. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:

1) первая

2) вторая
3) третья *
4) четвертая
5) и

57. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:
1) компенсированную
2) субкомпенсированную
3) декомпенсированную *
4) II степень
5) III степень

58. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:
1) обзорная рентгенография брюшной полости
2) пальцевое исследование прямой кишки *
3) ирригография с воздухом
4) лапароскопия
5) колоноскопия

Критерии оценки :
«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 6. «Травматология и ортопедия детского возраста» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

Тестовый контроль:

1. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЕДСТВИЕМ НЕЗРЕЛОСТИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ РАСТУЩЕГО ОРГАНИЗМА ЯВЛЯЕТСЯ
1) дисплазия тазобедренного сустава *
2) врожденная косорукость
3) амниотические перетяжки
4) патологический вывих бедра
5) болезнь Клиппеля – Фейля

2. В ОСНОВЕ ОСТЕОХОНДРОПАТИИ ЛЕЖИТ
1) дисфункция созревания
2) дисфункция роста*
3) внутриутробная инфекция
4) неправильное внутриутробное развитие
5) тератогенное воздействие

3. РАЦИОНАЛЬНЫМ ПУТЕМ УПРАВЛЕНИЯ СОЗРЕВАНИЕМ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1) хирургический, паллиативный
2) ортопедические приемы
3) хирургическая реконструкция
4) хирургический + медикаментозный
5) щадящий, функциональный путь, рассчитанный на дозревание*

4. ВЕЛИЧИНА ТАРАННО-ПЯТОЧНОГО УГЛА (БЕЛЕРА) В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ

1) до 10
2) от 10 до 20
3) от 30 до 40*
4) от 45 до 90
5) 135

5. ВРОЖДЕННУЮ МЫШЕЧНУЮ КРИВОШЕЮ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
1) к миогенной деформации*
2) к десмогенной деформации
3) к неврогенной деформации
4) к дермо-десмогенной деформации
5) к конституционной деформации

6. ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ
1) порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы
2) травма при родах*
3) неправильное положение плода
4) воспалительная теория
5) ишемия сердца*

7. ПРИЗНАКИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
1) в первые 3-5 дней после рождения*
2) на 10-14-й день после родов
3) в месячном возрасте
4) в 3-месячном возрасте
5) клинические симптомы в этот период не выражены

8. НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ГОЛОВЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ МЫШЕЧНОЙ КРИВОШЕЕ ВЫРАЖАЕТСЯ
1) наклоном головы в сторону пораженной мышцы
2) поворотом головы в здоровую сторону
3) поворотом головы в пораженную сторону
4) наклоном головы в здоровую сторону
5) наклоном головы в сторону поражения и поворотом в противоположную*

9. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ
1) с момента рождения*
2) в 2-недельном возрасте
3) с 2-5 месяцев
4) с 0,5-1 года
5) после 1 года

10. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРИВОШЕИ ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ПОКАЗАНО
1) до 5 месяцев
2) до 1 года
3) до 2 лет
4) до 3 лет*
5) в 3-4 года

11. АБСОЛЮТНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ КРИВОШЕИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) нарастающая асимметрия лица и шеи *
2) нарушение осанки
3) нарушение остроты зрения
4) стробизм сходящийся и расходящийся
5) нарушения осанки и зрения

12. СКОЛИОЗ В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ВОЗНИКАЕТ
1) при сутулой спине

2) при прямой спине
3) при усилении лордоза*
4) при плоской спине
5) при сутулой спине с лордозом

13. ПОНЯТИЕ "СПОНДИЛОЛИЗ" ОЗНАЧАЕТ
1) отсутствие костного сращения дужек с телом*
2) расщепление тел позвонков
3) изменение форм позвонков фронтальное
4) изолированное смещение тел позвонков
5) изменение форм позвонков сагиттальное

14. ПОНЯТИЕ "ПЕРЕХОДЯЩИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫЙ ПОЗВОНОК" (ПО ШМОРЛЮ) ОЗНАЧАЕТ
1) Люмбализацию*
2) сакрализацию
3) люмбализацию, сакрализацию
4) деформацию поясничных позвонков
5) деформацию крестцового позвонка

15. ПОНЯТИЕ "ЛЮМБАЛИЗАЦИЯ" ОЗНАЧАЕТ
1) увеличение числа поясничных позвонков за счет I крестцового*
2) сращение нескольких поясничных позвонков
3) добавочный клиновидный поясничный позвонок
4) увеличение числа поясничных позвонков за счет D12
5) расщепление тела поясничного позвонка

16. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ НАЧАЛЬНЫЕ ФАЗЫ СМЕЩЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1) щель спондилолиза в виде полосы просветления, располагающейся у основания верхних и нижних суставных отростков
2) щель просветления между дужками и телом позвонка*
3) щель просветления между основанием поперечных отростков и дужками позвонка
4) щель просветления между апофизами остистых отростков
5) нет характерного признака

17. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПОЛИДАКТИЛИИ ПРОВОДИТСЯ
1) в первые месяцы жизни
2) в первый год жизни*
3) до 3 лет
4) 3-5 лет
5) после 5 лет

18. АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАДИОУЛЬНАРНОГО СИНОСТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1) нет абсолютных показаний
2) резко выраженная пронационная или супинационная установка предплечья
3)лучевая косорукость*
4) локтевая косорукость
5) нарушение функции в локтевом суставе

19. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У РЕБЕНКА 5-6 ЛЕТ
1) абсолютные*
2) искривление лучевой кости более 40°
3) болевые ощущения
4) ограничение движений и болевые ощущения после окончания периода роста
5) ограничение ротационных движений

20. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОРУКОСТИ (КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОЕ ЗАМЕЩЕНИЕ ДЕФЕКТА КОСТИ) СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ

1) в первые месяцы жизни*
2) до 3 лет
3) в 3-5 лет
4) в 5-7 лет
5) в 10-12 лет

21. ДЕФОРМАЦИЯ МАДЕЛУНГА – ЭТО

1) штыкообразная деформация кисти и предплечья *
2) лучевая косорукость
3) локтевая косорукость
4) укорочение костей предплечья
5) сгибательная контрактура

22. ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ УСТАНОВКА СТОПЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ СЛАГАЕТСЯ

1) из приведения, супинации и подошвенного сгибания*
2) из отведения, супинации и подошвенного сгибания
3) из приведения, пронации и тыльного сгибания
4) из отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
5) из эквинусной установки стопы

23. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИСТИННОГО ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА, ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ПОСТНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

1) порок развития тазобедренного сустава и окружающих тканей *
2) задержка развития нормально развивающегося сустава и тканей
3) невыгодное положение плода с приведением нижних конечностей
4) невыгодное положение плода с отведением бедер
5) патология беременности

24. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У НОВОРОЖДЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ

1) ограничение отведения бедер
2) симптом Маркса – Ортолани, соскальзывание
3) укорочение ножки*
4) асимметрия ножных складок
5) наружная ротация ножки

25. НАЧИНАТЬ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА СЛЕДУЕТ

1) в период новорожденности *
2) в первые полгода жизни
3) до 1 года
4) показано оперативное лечение
5) в возрасте от 1 года до 3 лет

26. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОСТОМУ ОПЕРАТИВНОМУ ВПРАВЛЕНИЮ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА ЯВЛЯЕТСЯ:

1) только в младшей возрастной группе (до 2 лет), когда консервативное лечение не проводилось*
2) у детей раннего возраста (старше года), когда одномоментное вправление по Лоренцу было безуспешным
3) у детей от 2 до 8 лет, когда вывих не вправляется или наступает полная релюксация после консервативного функционального лечения при хорошо сформированной впадине и правильной развитой головке

4) у детей старше 8 лет при недоразвитии головки бедренной кости
5) у детей старше 5 лет при недоразвитой вертлужной впадине

27. НЕ ЗАМЕЧЕННАЯ ВОВРЕМЯ БОЛЕВАЯ КОНТРАКТУРА ПРИВОДЯЩИХ МЫШЦ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА С ПОМОЩЬЮ ШИНЫ ВИЛЕНСКОГО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1) к асептическому некрозу головки бедренной кости
2) к шоку
3) к разрыву капсулы*
4) к скручиванию бедра
5) к нарушению кровообращения в стопах

28. ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РЕКУРВАЦИИ ГОЛЕНИ В ПЕРВЫЕ НЕДЕЛИ ЖИЗНИ ЛЕЧЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ
1) ЛФК, коррекцию с помощью гипсовых или полиэтиленовых шин
2) ЛФК и тутор*
3) остетомию
4) остеоклазию
5) не требует лечения

29. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОСОЛАПОСТИ ПРОВОДИТСЯ В СРОКИ
1) новорожденности
2) 1-3 года
3) 3-7 лет
4) 7-10 лет
5) не имеет значения*

30. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНОЙ СТОПЫ ВКЛЮЧАЕТ
1) этапные гипсовые повязки
2) лонгеты из поливика и ЛФК, массаж, электростимуляцию мышц
3) ношение ортопедической обуви
4) ЛФК, массаж
5) лечения не требует*

31. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОСТОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ВОЗМОЖНО СТАВИТЬ
1) при затухающей стадии процесса*
2) при хронической форме остеомиелита
3) при свищевой форме
4) в период ремиссии
5) не менее чем через 2-4 года после полного клинического и рентгенологического выздоровления

32. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ И СУСТАВОВ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ
1) клиническое обследование*
2) рентгенологическое обследование
3) теплографическое обследование
4) томография
5) бактериологическое обследование

33. ВАЛЬГУСНАЯ ДЕФОРМАЦИЯ КОНЕЧНОСТИ МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ В СЛУЧАЕ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
1) при закрытом поперечном переломе проксимального метафиза большеберцовой кости*
2) при закрытом переломе диафиза большеберцовой кости
3) при переломе двух костей голени в средней трети
4) при переломе малоберцовой кости
5)при переломе межмыщелкового возвышения

34. ПРИ ДИАГНОСТИКЕ СКОЛИОЗА РАННИМ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1) торсия позвонков
2) слабость мышечного корсета
3) асимметрия уровня расположения лопаток
4) разница треугольников талии
5) круглая спина*

35. ТОТАЛЬНЫЙ КИФОЗ МОЖЕТ РАССМАТРИВАТЬСЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ

1) у новорожденных и грудных детей
2) у детей до 3-5 лет
3) у детей от 5 до 10 лет*
4) у детей от 10 до 15 лет
5) старше 15 лет

36. ДИСХОНДРОПЛАЗИЯ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ СКЕЛЕТА - ЭТО

1) опухоль, исходящая из хрящевой ткани*
2) нарушение процесса оссификации эмбрионального хряща
3) приобретенное заболевание, возникающее в пубертатном возрасте
4) заболевание воспалительного характера
5) врожденное заболевание, характеризующееся замедлением и извращением развития эмбриональной хрящевой ткани

37. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ДИСХОНДРОПЛАЗИЕЙ (БОЛЕЗНЬ ОЛЬЕ)

1) Позвоночник*
2) кости предплюсны
3) кости таза, бедренные и плюсневые кости
4) пальцы кисти, стопы, поясничные кости
5) кости черепа

38. ПОНЯТИЕ "МЕТАФИЗАРНАЯ ФОРМА ХОНДРОДИСПЛАЗИИ" - ЭТО

1)системные наследственные заболевания скелета, поражающие метафизы и характеризующиеся деформациями конечностей, отставанием в росте
2) злокачественное образование кости
3) доброкачественная опухоль хрящевого происхождения*
4) злокачественная опухоль хрящевого происхождения
5) рахитоподобное заболевание

39. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ ВЫРАЖАЮТСЯ

1) непропорциональным развитием тела, сгибательными контрактурами*
2) искривлением конечностей типа пастушьей палки
3) увеличением в объеме суставов за счет выпота и воспаления
4) неустойчивостью в тазобедренных, коленных и локтевых суставах
5) ухудшением общего состояния, увеличением лимфоузлов

40. ОТНОСЯТСЯ К РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕТАФИЗАРНОЙ ХОНДРОДИСПЛАЗИИ

1)зоны роста не расширены
2) эпифизы имеют нормальный вид
3) метафизы утолщены, зоны роста расширены, эпифизы не поражены*
4) резко склерозированы кости основания черепа
5) овальные очаги разрежения штампованной формы, "луковичный" периостит

41.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОЛОГО ОРГАНА ХАРАКТЕРНО

1) укорочение перкуторного звука в отлогих местах
2) выраженные симптомы раздражения брюшины*

3) симптом "Ваньки - встаньки"
4) наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически*
5) отсутствие перистальтики*
6) симптом исчезновения печеночной тупости*

42.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ СЕЛЕЗЕНКИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ

1) "Френикус"- симптом*
2) сильные опоясывающие боли
3) укорочение перкуторного звука в левой половине живота*
4) слабый симптом Щеткина-Блюмберга*
5) лейкоцитоз*
6) снижение артериального давления*

43.ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) Ангиографию*
2) лапароцентез или лапароскопию*
3) УЗИ
4) Пневмоперитонеум*
5) измерение артериального давления
6) обзорную рентгенографию брюшной полости*
7) пневмоирригографию*

44.ДЛЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ПЕЧЕНИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

1) явления посттравматического шока*
2) положительный френикус-симптом
3) болезненность и слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье*
4) свободный газ в брюшной полости
5) укорочение перкуторного звука в правом боковом канале*

положительный симптом Пастернацкого

Критерии оценки:

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 7. «Хирургия новорожденных» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

Тестовый контроль:

1. ПРИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА ЭЗОФАГОГРАФИЯ ПРОВОДИТСЯ

А) бариевой взвесью
Б) иодидом калия
В) урографином*
Г) омнипаком*

2. САМЫЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД КОРРЕКЦИИ АХАЛАЗИИ ПИЩЕВОДА

А) баллонная дилатация*
Б) бужирование
В) кардиотомия

3. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХАЛАЗИИ КАРДИИ ЭТО

А) пилоромиотомия
Б) операция фундопликации*
В) операция Танера
Г) спленоренальный анастомоз

4. ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ ПИЩЕВОДА

А) промывание полости рта водой*
Б) промывание желудка молоком

В) атропин*
Г) промедол*
Д) госпитализация в соматический стационар
Е) госпитализация в хирургический стационар*
5. К БУЖИРОВАНИЯМ ПОСЛЕ ЩЕЛОЧНОГО ОЖОГА ПИЩЕВОДА ПРИБЕГАЮТ
А) сразу
Б) через неделю
В) через 2 недели
Г) через 3 недели*
6. ФГС ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ОЖОГА ПИЩЕВОДА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
А) при поступлении
Б) через 7 дней*
В) через 2 недели
Г) через 3 недели
7. САМАЯ ЧАСТАЯ ФОРМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ
А) подпеченочная
Б) внутрипеченочная*
В) надпеченочная
7) ИЗ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ У ДЕТЕЙ:
1) френоперикардиальная
2) передние
3) пищеводного отверстия *
4) задние ложные
5) истинные
8) У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ:
1) передние грыжи диафрагмы
2) истинные левосторонние грыжи
3) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы *
4) задние ложные грыжи
5) френоперикардиальные грыжи
9) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫ:
1) жесткая эзофагоскопия
2) рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка *
3) фиброэзофагоскопия
4) обзорная рентгеноскопия
5) компьютерная томография
10) ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ГРЫЖУ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ СЛЕДУЕТ:
1) с халазией пищевода *
2) с ахалазией пищевода
3) с врожденным стенозом
4) с врожденным коротким пищеводом
5) с дивертикулом пищевода
11) ПРИ ГРЫЖАХ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ ВЫГОДНЕЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДИТЬ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО:
1) из левосторонней торакотомии
2) из лапароторакотомии
3) из правосторонней торакотомии
4) из верхнесрединной лапаротомии *
5) из широкой срединной лапаротомии

12) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ АГРЕССИВНОСТИ
ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) эзофагоскопия
2) манометрия
3) pH-метрия *
4) рентгенокоитрастное исследование
5) компьютерная томография

Критерии оценки:
«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 8. «Колопроктология детского возраста» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):
Тестовый контроль:
1. ХАРАКТЕРНОЙ ФОРМОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ, ОПРЕДЕЛЯЕМОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
1) короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку *
2) длинный ход, оканчивающийся на передней поверхности крестца или копчика
3) копчиковая киста
4) воронкообразное кожное втяжение
5) все перечисленное
2. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО КОПЧИКОВОГО ХОДА ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) зондирование
2) пальцевое ректальное обследование
3) рентгенофистулография *
4) ректороманоскопия, колоноскопия
5) весь перечисленный комплекс исследований
3. ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ БОЛЬНОГО ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ КОПЧИКОВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ:
1) на животе *
2) на спине
3) на левом боку
4) на правом боку
5) любое из перечисленных
4. УДАЛЕНИЕ КОПЧИКОВОГО ХОДА У ДЕТЕЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:
1) по установлении диагноза
2) через 2-3 месяца после стихания острого процесса *
3) при обострении процесса
4) после 5-6 лет
5) в любые сроки
5. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОГО СУЖЕНИЯ ЗАДНЕПРОХОДНОГО ОТВЕРСТИЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) рентгеноконтрастный
2) ректороманоскопия
3) колоноскопия
4) пальцевое ректальное исследование *

5) все перечисленное

6. ПРИ ВРОЖДЕННОМ СУЖЕНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) хирургическое вмешательство по установлении диагноза;

Б) консервативная терапия, бужирование;

В) консервативная терапия, при отсутствии эффекта – операция; *

Г) рентгенконтрастное исследование прямой кишки, выбор тактики в зависимости от выраженности мегаректум и динамики ее размеров;

Д) любой из перечисленных вариантов.

7. РЕКТОВЕСТИБУЛЯРНЫЙ СВИЩ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза
2) в 1,5 года *
3) в 3-4 года
4) в 7 лет
5) в более старшем возрасте

8. РЕКТОВАГИНАЛЬНЫЙ ПРИ НОРМАЛЬНО СФОРМИРОВАННОМ ЗАДНЕМ ПРОХОДЕ СЛЕДУЕТ ОПЕРИРОВАТЬ:

1) по установлении диагноза
2) в 1,5 года *
3) в 3-4 года
4) в 7 лет
5) в более старшем возрасте

9. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПО ВАНГЕНСТИНУ ПРИ АТРЕЗИИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПРЯМОЙ КИШКИ СТАНОВИТСЯ ДОСТОВЕРНЫМ В СРОК:

1) 3 часа после рождения
2) 6 часов после рождения
3) 16 часов после рождения *
4) 24 часа после рождения
5) 32 часа после рождения

10. ПРИ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

1) ректовестибулярный свищ *
2) ректовагинальный свищ
3) ректоуретральный свищ
4) ректовезикальный свищ
5) ректопромежностный свищ

11. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЫСОТЫ РАСПОЛОЖЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ СВИЩЕВЫХ ФОРМАХ ЕЕ АТРЕЗИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) рентгенография по Вангенстину
2) контрастное исследование кишки через свищ
3) исследование свища зондом *
4) электромиография промежности
5) профилометрия

12. В ОСНОВЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ЛЕЖИТ:

1) врожденный аганглиоз участка толстой кишки *
2) гипертрофия мышечного слоя кишки
3) поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
4) токсическая дилятация толстой кишки
5) все перечисленное

13. У НОВОРОЖДЕННОГО ОТСУТСТВУЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ. ОТМЕЧАЕТСЯ ВЗДУТИЕ ЖИВОТА. ВИДНА УСИЛЕННАЯ ПЕРИСТАЛЬТИКА. В ЭТОМ СЛУЧАЕ МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:
1) острую *
2) подострую
3) хроническую
4) ректальную
5) ректосигмоидальную

14. ПРИ ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРУЮ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:
1) ирригографию
2) ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа *
3) дачу бариевой смеси через рот
4) колоноскопию
5) определение активности ацетилхолинэстеразы

15. У НОВОРОЖДЕННОГО УСТАНОВЛЕНА ОСТРА ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ОПЕРАТИВНОГО ПОСОБИЯ У НЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
1) радикальная операция
2) колостома петлевая на восходящий отдел толстой кишки
3) колостома петлевая на поперечную ободочную кишку
4) пристеночная колостома на нисходящий отдел толстой кишки
5) терминальная колостома в переходной зоне толстой кишки *

16. ОПТИМАЛЬНЫМ СРОКОМ ВЫПОЛНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ У РЕБЕНКА С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА, ПОСЛЕ КОЛОСТОМЫ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:
1) 3 месяца
2) 6 месяцев
3) 9 месяцев
4) 12 месяцев *
5) 3 года и старше

17. У РЕБЕНКА 1 ГОДА ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР. ПЕРВАЯ ЗАДЕРЖКА СТУЛА ОТМЕЧЕНА В ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННОСТИ. САМОСТОЯТЕЛЬНЫЙ СТУЛ ОТСУТСТВУЕТ С 4 МЕСЯЦЕВ. РОДИТЕЛИ ПОСТОЯННО ИСПОЛЬЗУЮТ ОЧИСТИТЕЛЬНЫЕ КЛИЗМЫ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ПРЕДПОЛОЖИТЬ ФОРМУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА:
1) острую
2) подострую *
3) хроническую
4) ректальную
5) ректосигмоидальную

18. У РЕБЕНКА ХРОНИЧЕСКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. РАДИКАЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО:
1) в 1,5 года
2) в 3 года
3) в 6 лет
4) в 10 лет
5) по установлении диагноза *

19. У РЕБЕНКА 5 ЛЕТ ДИАГНОСТИРОВАНА ДЕКОМПЕНСИРОВАННАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ЕМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
1) консервативное лечение с помощью сифонных клизм
2) радикальное оперативное вмешательство

3) пристеночную цекостомию
4) двухствольную стому на восходящий отдел кишки
5) терминальную колостому на переходной зоне кишки *

20. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СРОКОМ ПОЯВЛЕНИЯ ЗАПОРА ПРИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) до 6 месяцев *
2) после 1 года
3) после 3 лет
4) после 6 лет
5) после перенесенной кишечной инфекции

21. ОПТИМАЛЬНЫМ ОПЕРАТИВНЫМ ПОСОБИЕМ ПРИ ОСТРОЙ ФОРМЕ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) операция Дюамеля
2) операция Свенсона
3) операция Соаве *
4) колостома
5) илеостома

22. РЕБЕНОК 2 ЛЕТ СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ С ПЕРВЫХ ДНЕЙ ЖИЗНИ. СТУЛ ТОЛЬКО ПОСЛЕ КЛИЗМЫ. УТОЧНИТЬ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЗВОЛИТ:
1) обзорная рентгенография брюшной полости
2) ирригография с воздухом
3) ирригография с барневой взвесью *
4) дача бариевой взвеси через рот
5) колоноскопия

23. РЕБЕНОК 3 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ С ВЫРАЖЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИЕЙ. ЖИВОТ ВЗДУТ, МЯГКИЙ, БЕЗБОЛЕЗНЕН. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. ЗАДЕРЖКА СТУЛА 7 ДНЕЙ. У РЕБЕНКА НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНА:
1) болезнь Гиршпрунга *
2) долихосигма
3) хронический колит
4) неспецифический язвенный колит
5) болезнь Крона

24. РЕБЕНОК 4 ЛЕТ ПОСТУПАЕТ В СТАЦИОНАР С ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИЕЙ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА. ТАКТИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ ВКЛЮЧАЕТ:
1) консервативную терапию, сифонные клизмы
2) срочное радикальное оперативное вмешательство
3) срочную колостомию
4) колостомию после кратковременной предоперационной подготовки *
5) колостомию в удовлетворительном состоянии

25. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБНАРУЖЕНО ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В НИЖНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УМЕРЕННОЕ, ПОДВИЖНОЕ, БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ, ТЕСТОВАТОЙ КОНСИСТЕНЦИИ. В АНАМНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН ДИАГНОЗ:
1) опухоль толстой кишки
2) удвоение кишечника
3) лимфангиома брюшной полости
4) каловый камень *
5) холодный аппендикулярный инфильтрат

26. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

1) разрез мягких тканей и дренирование *
2) радикальное иссечение инфильтрата и свища
3) антибактериальная терапия
4) физиотерапевтические методы лечения
5) повязка с мазью Вишневского

27. У РЕБЕНКА 1,5 МЕСЯЦЕВ ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПАРАПРОКТИТ. РАДИКАЛЬНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТО ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАРАПРОКТИТЕ У НЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО В СРОКИ:
1) 3 месяца
2) 6 месяцев *
3) 8 месяцев
4) 1,5 года
5) после 3 лет

28. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ТЕОРИЕЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) инфекционная
2) ферментативная
3) алиментарная
4) аллергическая
5) аутоиммунная *

29. У РЕБЕНКА ОТМЕЧЕНО КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПРИ ОФОРМЛЕННОМ СТУЛЕ, КОТОРЫЙ ЗАТЕМ СТАЛ ЧАСТЫМ И ЖИДКИМ. ПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В НИЖНЕЙ ПОЛОВИНЕ ЖИВОТА. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ, С ПЕРИОДИЧЕСКИМИ ПОДЪЕМАМИ ДО 38-39 ГРАДУСОВ. СОСТОЯНИЕ РЕБЕНКА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ У НЕГО ФОРМА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА:
1) острая
2) первично-хроническая
3) хроническая
4) скоротечная
5) подострая *

30. У РЕБЕНКА НА ПРОТЯЖЕНИИ ПОЛУГОДА ДВАЖДЫ ОТМЕЧЕНО ВЫДЕЛЕНИЕ СЛИЗИ, КРОВИ И ГНОЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НА ФОНЕ НОРМАЛЬНОГО СТУЛА. ПРИ ЭТОМ ИМЕЛИ МЕСТО НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫЕ БОЛИ В ЖИВОТЕ. ТЕМПЕРАТУРА СУБФЕБРИЛЬНАЯ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ:
1) об острой форме неспецифического язвенного колита
2) о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита *
3) о хронической форме неспецифического язвенного колита
4) о подострой форме неспецифического язвенного колита
5) о молниеносной и скоротечной форме неспецифического язвенного колита

31. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) бактериологическое
2) рентгенологическое
3) эндоскопическое *
4) пальцевое ректальное
5) биохимия крови

32. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОТМЕЧЕНО ПОЯВЛЕНИЕ АЛОЙ КРОВИ В СТУЛЕ, БОЛИ В ЖИВОТЕ. СТУЛ ДО 8 – 10 РАЗ. ПРИ ИРРИГОГРАФИИ ВЫЯВЛЕНО УКОРОЧЕНИЕ И СУЖЕНИЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ, РИГИДНОСТЬ ЕЕ СТЕНКИ, ПСЕВДОПОЛИПОЗ. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПОЗВОЛЯЕТ УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ:

1) колита
2) болезни Гиршпрунга
3) неспецифического язвенного колита *
4) болезни Крона
5) семейного полипоза

33. ПОКАЗАНИЕ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) младший возраст
2) медленная стабилизация состояния ребенка при консервативном лечении
3) прогрессивное ухудшение состояния ребенка на фоне консервативной терапии *
4) поражение толстой кишки на всем протяжении
5) все перечисленное

34. РЕБЕНКУ ОШИБОЧНО БЫЛА ПОСТАВЛЕНА ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА РАСТВОРОМ НАШАТЫРНОГО СПИРТА. СРАЗУ ОТМЕЧЕНЫ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПРЯМОЙ КИШКИ. СПУСТЯ НЕСКОЛЬКО ЧАСОВПОЯВИЛИСЬ БОЛИ В ЖИВОТЕ И ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. РЕБЕНКУ ПОКАЗАНО:
1) наблюдение
2) сифонная клизма
3) срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости *
4) цекостомия
5) сигмостомия

35. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) ревизия и санация раны
2) ревизия и санация раны, цекостома
3) ревизия и санация раны, сигмостома *
4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия бр полости, сигмостома
5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

36. У РЕБЕНКА ОБШИРНАЯ РАНА ПРОМЕЖНОСТИ БЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. РАЦИОНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) ревизия и санация раны *
2) ревизия и санация раны, цекостома
3) ревизия и санация раны, сигмостома
4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости, сигмостома
5) ревизия и санация раны, лапаротомия, цекостома

37. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. БОЛИ В ЖИВОТЕ. ПЕРИТОНИАЛЬНЫЕ ЗНАКИ. СВОБОДНЫЙ ГАЗ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА ОБЗОРНОЙ РЕНТГЕНОГРАММЕ. РЕБЕНКУ НЕОБХОДИМА:
1) ревизия и санация брюшной полости
2) ревизия и санация брюшной полости, сигмостома
3) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
4) ревизия брюшной полости, сигмостома, ревизия раны *
5) ревизия раны, наблюдение

38. У РЕБЕНКА ТРАВМА ПРОМЕЖНОСТИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И СФИНКТЕРНОГО АППАРАТА. ЕСЛИ ИМЕЕТСЯ ПОДОЗРЕНИЕ НА ПРОНИКАЮЩЕЕ РАНЕНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ТО РЕБЕНКУ ПОКАЗАНА:
1) ревизия и санация раны
2) ревизия и санация раны, сигмостома
3) ревизия и санация раны, цекостома

4) ревизия и санация раны, лапаротомия, ревизия брюшной полости
5) ревизия брюшной полости, лапаротомия, сигмостома, ревизия раны *

39. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДЕРМОЙДНУЮ КИСТУ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) рентгенологический
2) эндоскопический
3) пальцевое ректальное исследование *
4) ангиография
5) пункция образования

40. ПРИ ДЕРМОЙДНОЙ КИСТЕ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ У РЕБЕНКА ЦЕЛЕСООБРАЗНЫ:
1) радикальное оперативное вмешательство, удаление кисты *
2) дренирование кисты
3) антибактериальная терапия
4) рентгенотерапия
5) наблюдение

41. ДОСТУПНЫМ СРОКОМ НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА С ТЕРАТОМОЙ КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) 6-8 месяцев *
2) 1 год
3) 2 года
4) 3 года
5) в зависимости от роста и размеров образования

42. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СОСУДИСТЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) ректальное исследование
2) эндоскопия *
3) биопсия
4) ангиография
5) ирригография

43. У РЕБЕНКА 4 ЛЕТ ОТМЕЧЕНЫ КРОВОТЕЧЕНИЯ АЛОЙ КРОВЬЮ ВО ВРЕМЯ ДЕФЕКАЦИИ. ПРИ РЕКТАЛЬНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ОБНАРУЖЕН ПОЛИП СЛИЗИСТОЙ ПРЯМОЙ КИШКИ. БОЛЬНОМУ СЛЕДУЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ:
1) осмотр прямой кишки в зеркалах
2) колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа *
3) ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
4) осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
5) криодеструкцию полипа

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:
1) лейкоз
2) трещина заднего прохода *
3) язвенный колит
4) полип прямой кишки
5) гемофилия

45. У РЕБЕНКА 6 ЛЕТ ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ АТРЕЗИИ ПРЯМОЙ КИШКИ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
1) первая *
2) вторая
3) третья

4) четвертая
5) пятая

46. У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО КАЛА И ПЕРИОДИЧЕСКИ – ПЛОТНОГО. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
1) первая
2) вторая *
3) третья
4) четвертая
5) пятая

47. У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ, ОПЕРИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА ПО МЕТОДИКЕ ДЮАМЕЛЯ, НАБЛЮДАЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ НЕДЕРЖАНИЕ ЖИДКОГО И ПЛОТНОГО КАЛА. СТЕПЕНЬ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АНАЛЬНОГО ЖОМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК:
1) первая
2) вторая
3) третья *
4) четвертая
5) п

48. У РЕБЕНКА ВЫПАДЕНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ АКТЕ ДЕФЕКАЦИИ И УМЕРЕННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ (НАПРЯЖЕНИЯ). ТРЕБУЕТСЯ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫПАВШЕЙ КИШКИ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СТАДИЮ ВЫПАДЕНИЯ СЛЕДУЕТ РАСЦЕНИВАТЬ КАК:
1) компенсированную
2) субкомпенсированную
3) декомпенсированную *
4) II степень
5) III степень

49. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ МЕЖДУ ВЫПАДЕНИЕМ ПРЯМОЙ КИШКИ И ВЫПАДЕНИЕМ ГОЛОВКИ ИНВАГИНАТА У ДЕТЕЙ ПОЗВОЛЯЕТ ПРОВЕСТИ:
1) обзорная рентгенография брюшной полости
2) пальцевое исследование прямой кишки *
3) ирригография с воздухом
4) лапароскопия
5) колоноскопия

Критерии оценки:
«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Модуль 9. «Реаниматология и интенсивная терапия детского возраста» (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4):

Тестовый контроль:

КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ
1) сужением зрачков
2) возбуждением
3) брадипноэ, апноэ
4) нарушением внутрисердечной проводимости

5) артериальной гипотензией
6) полной или частичной комой

2.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВИТСЯ

1) сужением зрачков
2) возбуждением
3) галлюцинациями
4) судорогами
5) полной или частичной комой
6) дыхательной недостаточностью

3.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) расширением зрачков
2) возбуждением
3) галлюцинациями
4) судорогами
5) брадипноэ, апноэ
6) нарушением внутрисердечной проводимости
7) полной или частичной комой
8) дыхательной недостаточностью

4.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) сужением зрачков
2) галлюцинациями
3) брадипноэ, апноэ
4) артериальной гипотензией
5) артериальной гипертензией
6) полной или частичной комой
7) отёком лёгких

5.КЛИНИЧЕСКИ ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) расширением зрачков
2) возбуждением
3) галлюцинациями
4) судорогами
5) брадипноэ, апноэ
6) нарушением внутри сердечной проводимости
7) артериальной гипотензией

6.ОТРАВЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями

7.ОТРАВЛЕНИЕ БАРБИТУРАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями

8.ОТРАВЛЕНИЕ САЛИЦИЛАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе

3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями

9.ОТРАВЛЕНИЕ ОПИАТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями

10.ОТРАВЛЕНИЕ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями
7) отёком лёгких

11.ОТРАВЛЕНИЕ АНТИДЕПРЕССАНТАМИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями

12.ОТРАВЛЕНИЕ ПРОИЗВОДНЫМИ ФЕНОТИАЗИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) рвотой
2) болями в животе
3) гепатомегалией
4) брадикардией
5) тахикардией
6) лёгочными осложнениями
7) отёком лёгких

13.ДЕЙСТВИЯ ПРИ УКУСЕ ЯДОВИТЫХ ЗМЕЙ И НАСЕКОМЫХ

1) введение специфических сывороток
2) циркулярная новокаиновая блокада выше места укуса
3) внутривенное введение тримеперидина, дифенгидрамина, антибиотиков
4) обкладывание конечности льдом
5) промывание ранки 1% раствором перманганата калия
6) инъекция в ранку 0,3 мл 0,1% раствора эпинефрина
7) иммобилизация конечности
8) наложение жгута
9) новокаиновая блокада краёв раны
10) полуспиртовой компресс

14.ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ У ДЕТЕЙ ИСПОЛЬЗУЮТ

1) сердечные гликозиды
2) периферические вазодилататоры
3) салуретики
4) осмодиуретики
5) в-адреноблокаторы
6) ганглиоблокаторы

7) инотропы (синтетические катехоламины)
8) ИВЛ

Укажите один правильный ответ

15.ОСНОВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ДОБУТАМИНА ОСНОВАНО НА ВЛИЯНИИ НА

1) α_1-рецепторы
2) β_1-рецепторы
3) β_2-рецепторы

Укажите несколько правильных ответов

16.НАЛОЖЕНИЕ ОБХОДНОГО АНАСТОМОЗА (ШУНТА БЛЭЛОКА—ТАУССИГ) ТРЕБУЮТ

1) тетрада Фалло
2) атриовентрикулярный канал
3) атрезия лёгочной артерии
4) аномалия Эбштейна
5) аномальный дренаж лёгочных вен

17.ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ФИЗИОЛОГИИ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ

1) коронарная перфузия правого и левого желудочков осуществляли и только во время диастолы
2) коронарный кровоток составляет 70-90 мл/мин на 100 г
3) потребность миокарда в кислороде восполняется за счёт усиления эстракции в зоне коронарных артерий
4) в основном питание синусного и атриовентрикулярного узлов осуществляется за счёт правой коронарной артерии

18.БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ЛЕЧЕНИЯ

1) при снижении частоты сердечных сокращений до 45 в минуту и ниже
2) при наличии признаков плохой периферической перфузии
3) изначально использованием блокаторов кальциевых каналов
4) при её сочетании с мультифокальными эктопическими желудочковыми сокращениями

19.БРАДИКАРДИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА

1) острым инфарктом нижней стенки миокарда
2) высокой симпатической блокадой
3) применением наркотических препаратов
4) гипоксией
5) избыточным давлением на диафрагму
6) тетрада Фалло

Укажите один правильный ответ

20.ПРИ ОТЁКЕ ЛЁГКИХ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

1) высокочастотную ИВЛ
2) оксигенотерапию
3) постоянное положительное давление на выдохе
4) гипербарическую оксигенацию
5) гелий-кислородную смесь

20. ПРИ ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ ИОНОВ КАЛИЯ РАЗВИВАЕТСЯ

1) респираторный ацидоз
2) метаболический ацидоз
3) метаболический алкалоз
4) респираторный алкалоз

Эталоны правильных ответов:

Вопрос	ответ	Вопрос	ответ

1.	13	**12.**	235
2.	1456	**13.**	14567
3.	1234678	**14.**	1378
4.	1346	**15.**	2
5.	1247	**16.**	13
6.	156	**17.**	24
7.	146	**18.**	24
8.	12356	**19.**	12345
9.	14	**20.**	3
10.	123467	**21.**	3
11.	125		

Критерии оценки :

«отлично» - 91% и более правильных ответов;
«хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
«удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
«неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

2) Фонд оценочных средств итоговой аттестации:

- собеседование по ситуационным задачам:
Примеры ситуационных задач:

Задача №1

Мальчик, 7 лет заболел 9 марта, появились боли в левой ноге, стал хромать. Температура не измерялась. На следующий день появились отёк и гиперемия в верхней трети голени, боли усилились, перестал ходить. 11 марта родители обратились к врачу поликлиники, рекомендовано лечение компрессами и тёплыми ваннами. Состояние ухудшилось.

В хирургическое отделение доставлен 15 марта. Состояние тяжёлое, температура 39^0 С. Ребёнок вялый, спутанно реагирует на окружающее. Кожный покров бледный. Язык суховат, покрыт серым налётом. В лёгких везикулярное дыхание, тоны сердца приглушены. Пульс 140 в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот безболезненный. Левая нижняя конечность находится в положении лёгкого сгибания, приведена к животу. В области левого бедра, коленного сустава и голени (особенно) выраженная припухлость. Окружность левой голени в средней трети на 4 см больше правого. Коленный сустав увеличен на 3 см, бедро в области нижней трети – на 2 см по сравнению с правой нижней конечностью.

ПАК: Hb – 136 г/л, Эр – $4{,}2 \times 10^{12}$/л, Т – 260×10^{9}/л, Л – 14×10^{9}/л, П/я – 10%, С – 79%, Лф – 6%, Э – 4%, Б – 1%, СОЭ – 48 мм/час.

Общий вид конечностей

Рентгенография левого бедра через 3 нед от начала заболевания

Вопросы:

1 Каков ваш диагноз?
2 Расскажите об этиологии и патогенезе заболевания.
3 Какова классификация?
4 Какие диагностические ошибки были на амбулаторном этапе и Ваша тактика?
5 Назначьте лечение.
6 Каков прогноз?
7 Чем характеризуется выздоровление, и кто проводит диспансерное наблюдение ребёнка?

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1 Острый гематогенный остеомиелит левой большеберцовой кости, левого бедра, гнойный гонит слева. Септикопиемическая форма.

2 Развитие болезни обусловлено гноеродной микрофлорой (в 65%-90% золотистый стафилококк, реже кишечная палочка, вульгарный протей, диплококк, микробные ассоциации). Инфекция проникает в костный мозг в результате *бактериемии*. Разрешающими факторами могут быть травма, переохлаждение, перенесённое инфекционное заболевание. Важнейшее значение в возникновении и развитии патологического процесса у детей имеют *возрастные особенности строения растущей кости*. Количество сосудистых анастомозов невелико, многие растущие вместе с костью капилляры заканчиваются слепо, и находящиеся в организме микробы, попадая в ток крови, оседают в виде микробных эмболов в этих концевых сосудах, вызывая тромбофлебиты, которые служат источником гнойно-воспалительного процесса.

В интрамедуллярную фазу происходят значительные нарушения в стенках сосудов костного мозга. В замкнутом твёрдыми стенками костномозгового канала пространстве серозный, а затем гнойный отёк значительно ***повышает внутрикостное давление***. Гнойно-воспалительный очаг прогрессивно распространяется на все участки костномозгового канала. Костные балки губчатой кости и костная ткань компактного слоя подвергаются лизису ферментами гноя. Гнойный процесс по гаверсовым каналам, разрушая их, распространяется к периосту на всём протяжении костномозговой полости.

В экстрамедуллярной фазе нарастающий воспалительный процесс приводит к проникновению гноя за пределы костномозгового канала под надкостницу. Развивается *поднадкостничный абсцесс*, который отслаивает надкостницу и, тем самым ещё больше нарушая питание компактного слоя кости, способствует некрозу костной ткани в участках, захваченных воспалением. После того, как лизируется надкостница, формируется *межмышечная флегмона*.

3 Различают острый и хронический гематогенный остеомиелит. Первый может протекать в виде местной, септикопиемической или токсической форм. Хронический остеомиелит подразделяют на первичный (атипичные формы: абсцесс Броди, альбуминозный остеомиелит Олье, склерозирующий остеомиелит Гарре, антибиотическая форма) и вторичный хронический (результат неадекватно пролеченного острого). Эпифизарный остеомиелит у новорождённых и младенцев чаще протекает в виде септикопиемической формы.

4 На амбулаторном этапе не была выполнена своевременная диагностика острого гематогенного остеомиелита (которая считается своевременной, если выполнена в первые 3 суток от начала заболевания), хотя имелись все данные, чтобы заподозрить это заболевание.

Врачебная тактика должна заключаться в экстренной остеоперфорации проксимального конца левой большеберцовой кости, дистального конца бедра, пункции левого коленного сустава и проведении интенсивной терапии в условиях

палаты интенсивной терапии и реанимации.

5 Проводятся остеоперфорации из нескольких точек, включая пункцию сустава. Иммобилизация конечности; инфузионная и дезинтоксикационная терапия (кристаллоиды и коллоиды), антибиотикотерапия (эмпирическая: цефамандол + тобрамицин, в последующем с учётом чувствительности), гепаринотерапия, коррекция водно-электролитного баланса и КОС, иммунотропная заместительная терапия, физиолечение, селективная деконтаминация, постепенная дробная нагрузка на левую нижнюю конечность.

6 Прогноз для жизни относительно благоприятный, для здоровья и течения заболевания – серьёзный. Исходы лечения гематогенного остеомиелита оцениваются по трём возможным векторам: выздоровление, хронизация процесса, летальный исход.

7 Выздоровление характеризуется хорошим самочувствием больного, восстановлением функции поражённой конечности, заживлением всех ран. На рентгенограммах отсутствуют признаки деструкции кости, может быть лишь некоторое утолщение периоста и отдельные очаги остеосклероза без секвестров. Диспансерное наблюдение за больными детьми осуществляет детский хирург поликлиники в течение 5 лет.

Задача №2

Мальчик 6 дней. Родился от 1-й беременности, протекавшей с нефропатией и угрозой выкидыша в 20 нед. Роды на 36 нед с частичной отслойкой низко расположенной плаценты и начинающейся асфиксии плода. Околоплодные воды (мутные, зеленые) отошли за 18 ч. Закричал слабо после отсасывания слизи и вентиляции маской с подачей 100% кислорода. Оценка по Апгар 6-7 баллов. Масса при рождении – 2500 г, длина – 44 см. Состояние после рождения тяжёлое, вял, адинамичен, выражена гипотония и гипорефлексия. Дыхание аритмичное, частое с приступами апноэ. Тахикардия, сердечные тоны глухие. Меконий отошёл на первые сут.

Со 2-х сут начато кормление сцеженным молоком, но сосёт вяло, срыгивает, периодически с примесью жёлчи. Наблюдается желтуха. Живот несколько вздут. В последние дни стул мекониальный со слизью, 5-6 раз в сут, скудными порциями. Быстро теряет в весе. На 6 сут состояние резко ухудшилось, нарасли явления токсикоза и эксикоза, появилась обильная рвота кишечным содержимым. Вес 2150 г. При зондировании желудка удалено до 30 мл застойного содержимого. Кожный покров и слизистые сухие, бледные, тургор тканей снижен, живот вздут, болезненный при пальпации, особенно в правой половине. Брюшная стенка отёчна, газы не отходят. Перистальтика выслушивается, печёночная тупость определяется. При осмотре через прямую кишку отошла слизь и алая кровь.

КОС: pH – 7,21, pO_2 – 54 мм рт.ст., pCO_2 – 38 мм рт.ст., BE – 12 ммоль/л, SB – 15 ммоль/л, Hb – 86 г/л, Ht – 72%, Na^+ плазмы – 123 мэкв/л, K^- плазмы – 3,8 мэкв/л.

Внешний вид живота ребёнка

Обзорная рентгенография брюшной полости

Интраоперационное фото

Вопросы:

1 Поставьте предположительный диагноз.
2 Составьте план обследования.
3 Какова этиология и патогенез заболевания?
4 Назовите классификацию и опишите врачебную тактику.
5 Назначьте комплексное лечение.
6 Каковы методы и виды оперативного лечения?
7 Назовите осложнения, исходы, прогноз.

Задача №3

Мальчик 10 лет, заболел остро, в 14.00 ч 19 февраля, когда впервые появились боли в животе; наблюдалась тошнота, рвота 2 раза. За медицинской помощью не обращался. Ночь спал беспокойно. Утром 20 февраля получил анальгин, но-шпу, отмечал некоторое улучшение состояния. Вечером 20 февраля боли вновь усилились, был жидкий стул 1 раз, в 20.00 ч 20 февраля доставлен в приёмный покой детской больницы. При *осмотре* – кожа и видимые слизистые чистые, бледные. Дыхание в лёгких везикулярное, ЧД – 26 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 120 в мин. Живот болезненный при пальпации в правой подвздошной области и в эпигастрии. Дефанс положительный справа и слева. Симптомы раздражения брюшины вызываются с обеих сторон, больше справа. Обследован *per rectum*: выявлены нависание и болезненность переднего свода прямой кишки. ПАК: Hb – 136 г/л, Эр – $4{,}2 \times 10^{12}$/л, Т – 260×10^{9}/л, Л – 14×10^{9}/л, П/я – 10%, С 76%, Лф – 10%, Э – 4%, Б – 0%, СОЭ – 10 мм/час. ПАМ – без патологии.

Пальпация живота, определение точки МакБурнея

Вопросы:
1 Поставьте диагноз.
2 Проведите дифференциальную диагностику.
3 Назначьте дополнительные методы диагностики.
4 Назовите классификацию заболевания.
5 Какова врачебная тактика?
6 Назначьте лечение.
7 Как проводится диспансеризация больных?

Критерии оценки ситуационных задач:

оценка **«отлично»** ставится слушателю, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины;

оценку **«хорошо»** заслуживает слушатель, обнаруживший полное знание программного материал, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если слушатель, интерпретируя ситуационную задачу, путается в определении конкретного синдрома, но после наводящих вопросов отвечает правильно, не дает полной характеристики метода исследования, заключение

формулирует правильно.

оценку **«удовлетворительно»** заслуживает слушатель, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных признаков данной патологии, но правильно формулирует заключение.

оценка **«неудовлетворительно»** выставляется слушателю, допустившему при ответе на вопросы задачи многочисленные ошибки принципиального характера, неправильно поставлен диагноз, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать дополнительные методы исследования, не может дать заключение о предположительном диагнозе.