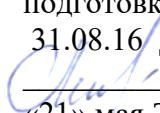


**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра детской хирургии с курсом ДПО**

СОГЛАСОВАНО

Руководитель направления
подготовки
31.08.16 Детская хирургия
 // С.В. Минаев
«21» мая 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой детской хирургии с курсом
ДПО
 /С.В. Минаев/
«21» мая 2025 г.

Фонд оценочных средств

Наименование дисциплины	Детская хирургия
Направление подготовки	31.08.16 «Детская хирургия»
Направленность (профиль)	Подготовка кадров высшей квалификации
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2025

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-1 Способность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ПК-1 Способен осуществить комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания в части детской хирургии и ортопедии
ПК-2 Способность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	ПК-2 Способен к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками в части
ПК-5 Способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной _____ статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ПК-5 Способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6 Способность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	ПК-6 Способен к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
ПК-8 Способность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	ПК-8 Способен к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 1	Задания закрытого типа	с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	с эталонами ответов

ПК-1	Прочитай текст и выбери один правильный ответ 1. У новорожденных для некротическая флегмона в период прогрессивного течения не характерно: А. Разлитая гиперемия. Б. Локальная болезненность. В. Быстрое распространение. Г. Цианотичность кожных покровов. Д. Сплошная инфильтрация. Е. Местное повышение температуры 2. Некротическая флегмона новорожденного встречается в возрасте: А. Сразу после рождения. Б. 2-3 недели жизни. В. После 3-х недель жизни. Г. После 6 месяцев. Д. В любом возрасте 3. Укажите местное лечение флегмоны новорожденного: А. Полуспиртовая повязка + магнит. Б. Обкалывание антибиотиком+ множественные разрезы+ повязка с антисептиком + магнит. В. Множественные разрезы+ повязка с антисептиком+ магнит 4. У новорожденных рожистое воспаление проявляется: А. Пятнистая гиперемия. Б. Разлитая гиперемия. В. Сплошная инфильтрации Г. Быстрое распространение. Д. Цианотичность кожных покровов. Е. Местное повышение температуры. 5. У новорожденного стафилококк вызывает все, кроме: А некротическую флегмону; Б. острый гематогенный остеомиелит; В. острый артрит; Г. рожистое воспаление; Д. мастит 6. У новорожденных стрептококк вызывает: А. некротическую флегмону; Б. острый гематогенный остеомиелит; В. острый артрит; Г. рожистое воспаление; Д. мастит 7. У новорожденных грамотрицательная флора вызывает:	
--------------------	---	--

	А. некротическую флегмону; Б. острый гематогенный остеомиелит; В. острый артрит; Г. рожистое воспаление; Д. мастит 8. Адипозонекроз проявляется симптомами: А. пятнистая гиперемия; Б. бугристая инфильтрация; В. Местное повышение температуры; Г. отсутствие местного повышения температуры; Д. сплошная инфильтрация. 9. Рожистое воспаление у новорожденного бывает: А. узловым; Б. эритематозным; В. Флегмонозным; Г. абсцедирующим; Д. булезным; Е. гангренозным 10. Для флегмонозной формы омфалита характерно: А. серозно-гнойное отделяемое из пупочной ранки, гипергрануляции. Б. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки; В. гиперемия, инфильтрация мягких тканей вокруг пупка, гнойное отделяемое из пупочной ранки. 11. Адипозонекроз у новорожденных вызывается: А. стафилококком; Б. стрептококком; В. синегнойной палочкой; Г. анаэробами Д. протеем; Е. абактериально 12. Для диагностики метаэпифизарного ОГО у детей не используют: А. Пункция сустава. Б. Рентгенография В. УЗИ сустава. Г. Измерение внутрикостного давления. 13. Исходом ОГО у новорожденным может быть: А. переход в хроническую форму Б. нарушение роста конечности в длину В. патологический перелом 14. Укажите ранний рентгенологический признак ОГО у новорожденного: А. очаги деструкции губчатого вещества. Б. периостальная реакция. В. расширение суставной щели Г. наличие секвестров 15. У ребенка после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли вживоте. Опредееляется непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии. Начать обследование целесообразно: А. с рентгенографии брюшной полости; Б. с ультразвукового исследования; В. с лапароскопии; Г. с экскреторной урографии.	
--	---	--

	16. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга: А. лапароцентез; Б. лапароскопия, ревизия органов брюшной полости; В. лапароскопия, дренирование брюшной полости; Г. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости; Д. наблюдение, консервативная терапия. 17. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, подозрение на травму селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильная гемодинамика. Наиболее целесообразные действия хирурга: А. лапароцентез; Б. лапароскопия, ревизия органов брюшной полости; В. лапароскопия, дренирование брюшной полости; Г. лапаротомия, ревизия органов брюшной полости; Д. наблюдение, консервативная терапия. 18. У ребенка 10 лет подозрение на травму печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц передней брюшной стенки, болезненность при перкуссии, Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. По данным УЗИ определяется небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Какой должна быть тактика хирурга? А. лапароцентез; Б. лапароскопия; В. лапаротомия; Г. наблюдение; Д. наблюдение, консервативная терапия. 19. При подозрении на разрыв 12-перстной кишки наиболее информативным исследованием является: А. ультразвук; Б. обзорная рентгенограмма; В. лапароскопия; Г. фиброгастродуоденоскопия; Д. рентгеноконтрастное обследование с бариевой взвесью 20. Врожденная мышечная кривошея возникает из-за недоразвития: А. трапецевидной мышцы; Б. кивательной мышцы; В. подключичной мышцы. 21. У новорожденных рожистое воспаление проявляется: А. Пятнистая гиперемия. Б. Разлитая гиперемия. В. Сплошная инфильтрация. Г. Быстрое распространение. Д. Цианотичность кожных покровов. Е. Местное повышение температуры. 22. Выберите характерный признак мышечной кривошеи: А. наклон головы кпереди; Б. наклон головы кзади; В. наклон головы в большую сторону с поворотом в здоровую; Г. наклон головы в большую сторону с поворотом в больную. 23. Назовите возраст ребенка, когда необходимо выставить показания к оперативному лечению мышечной кривошеи: А. до 6 мес.; Б. до 12 мес.; В. до 2-х лет; Г. 2 - 2, 5 года Д. после 5 лет 24. Оперативное лечение полидактилии показано в возрасте: А. 1 года;
--	--

	Б. 3 года; В. после 5 лет 25. Синдактилия, это: А. сращение пальцев; Б. добавочные пальцы; В. наследственное заболевание.	
--	--	--

	Задания на дополнение. 1. Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно усиление болей при расположении на _____ боку 2. У пациента страдающего сахарным диабетом стертая клиническая картина острого аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо выполнить диагностическую _____ 3. В случае возможности проведения «попутной» аппендэктомии при выполнении операций, не связанных с патологией аппендикса, у хирурга должно присутствовать стремление к _____ червеобразного отростка. 4. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает _____ и ушивание раны. 5. Ребенка до 3 лет с “синдромом острой боли в животе” следует госпитализировать в _____ отделение 6. Наиболее достоверный клинический симптом острого аппендицита у детей - _____ передней брюшной стенки. 7. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно проведение клиновидной _____ подвздошной кишки в месте расположения дивертикула 8. Появление болей в эпигастрии при плевропневмонии обусловлено особенностями _____ 9. Сопутствующая неврологическая патология, сопутствующая соматическая патология, врожденные аномалии органов ЖКТ _____противопоказаниями к проведению аппендэктомии при остром аппендиците. 10. Основной причиной развития кишечной инвагинации у детей является _____ перистальтики.	Левом лапароскопию оставлению дренирование (дренирование перчаточной резиной) хирургическое напряжение мышц или дефанс резекции иннервации не являются нарушение или дискоординация
--	--	---

	Ситуационные задачи. Дайте развенутый ответ. 1. Что является наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей? 2. Какие наиболее важные отличительные признаки абдоминальной формы псевдотуберкулеза от острого аппендицита вы знаете? 3. Как необходимо закончить операцию при обнаружении холодного аппендикулярного инфильтрата? 4. Какие диагностические приемы, позволяют отдифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения? 5. Чем характеризуется клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет? 6. Какие показания к проведению пальцевого ректального исследования при подозрении на острый	Напряжение мышц брюшной стенки, локальная болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины. Это ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в пояснице, гиперемия кожи и слизистых, относительная брадикардия, увеличение печени и селезенки, дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы. Ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции Очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин) Прежде всего, преобладанием общих симптомов (вялость, интоксикация, разлитая болезненность) над местными (локальная болезненность, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки – дефанс). Пальцевое ректальное исследование должно проводится всем детям, госпитализируемым с
--	--	---

	аппендицит? 7. Что является основным преимуществом колоноскопии при инвагинации кишечника? 8. В каком возрасте чаще всего встречается кишечная инвагинация? 9. С чем связана наиболее частая заболеваемость инвагинацией кишечника в возрасте 4-9 месяцев? 10. Каким должно быть лечение в начальном периоде инвагинации кишечника? 11. Какой метод рентгенологического исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации? 12. Что служит критерием эффективности консервативной терапии при инвагинации?	подозрением на острый аппендицит. Возможность решить вопрос о показаниях к оперативному лечению вне зависимости от сроков заболевания. В грудном – 4-9 месяцев. С изменением характера содержимого ЖКТ из-за введения прикорма, что может являться провоцирующим фактором для развития инвагинации, особенно при наличии предрасполагающих анатомических особенностей (аномалий). Консервативное расправление инвагината воздухом под пальпаторным контролем расправления инвагината и контролем давления воздуха. Контрастная ирригография с воздухом – превмоирригография, характерен рентгенологический симптом «трезубца». Отхождение стула и газов, исчезновение болей.
--	---	---

	13. Что такое инвагинация кишечника? 14. Назовите типы инвагинаций. 15. Что является основной причиной инвагинации у детей старшего возраста (старше 1 года)? 16. К какому виду кишечной непроходимости относится инвагинация? 17. Какие три основных клинических симптома характерны для инвагинации? 18. С чем связан приступообразный характер болей при инвагинации?	Это чаще изоперистальтическое внедрение проксимального участка кишки в дистальный, чаще всего подвздошная кишка внедряется в восходящую ободочную. Тонко-тонкокишечная, толсто-толстокишечная, подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, редкие типы инвагинации (инвагинация червеобразного отростка). Чаще всего это механические причины - полипы, кисты, дивертикул Меккеля, удвоение подвздошной кишки, гипертрофированные бляшки Пейера, доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника Приобретенная механическая смешанная (обтурационная и странгуляционная) непроходимость. Приступообразные связанные с перистальтикой боли в животе, пальпируемое в брюшной полости объемное образование – головка инвагината и кровянистые выделения из прямой кишки по типу «малинового желе». Приступообразный характер болей при инвагинации связан с прохождением
--	--	--

		перистальтической волны через головку инвагината Резкое снижение давления на тонометре, симптом "хлопка", отхождение газов, исчезновение пальпируемой головки инвагината. Резкий цианоз и отек кишки, пульсация сосудов кишечной стенки не восстановилась, нет видимой перистальтики кишки. Лечение должно начинаться с консервативных мероприятий: декомпрессия ЖКТ – промывание желудка, очистительная клизма, стимуляции моторики кишки – прозерин, церукал, в/в капельных инфузий для коррекции общего состояния – восполнение ОЦК, коррекция КЩС и т.п., зависит от динамики состояния пациента, при отсутствии отхождения стула и газов в течении 2 часов после экстренной госпитализации-оперативное: висцеролиз. Для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом характерны цианоз, одышка, пенистые выделения из носа и рта, развитие в дальнейшем
	19. Какие критерии эффективности консервативной дезинвагинации вы знаете? 20. Какие критерии относят к признакам нежизнеспособности кишки после дезинвагинации? 21. _____ Какое должно быть лечение ранней спаечной кишечной непроходимости? 22. _____ Какие симптомы характерны для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом?	

		дыхательных расстройств из-за инфекционных осложнений в легких. По данным разных авторов 1,5-2,0 см, если расстояние будет больше, то при попытке наложения прямого анастомоза произойдет перерастяжение стенок пищевода, в них ухудшится кровоснабжение, что приведет к развитию недостаточности анастомоза. Водорастворимые контрасты – уротраст, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из-за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инвекционных осложнений. Наложение нутритивной гастростомы и эзофагостомы для отвода слюны и сохранения глотательного рефлекса. Помимо аспирации слюны из переполненного слепого проксимального сегмента пищевода - избыточным забросом воздуха в желудок, забросом желудочного содержимого в трахеобронхиальное
	23. Какое предельное расстояние между сегментами пищевода возможно для наложения прямого анастомоза, объясните почему?	
	24. _____ Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода?	
	25. _____ Какое оперативное пособие необходимо новорожденному с атрезией пищевода с диастазом более 3 см?	
	26. _____ Чем обусловлено ухудшение состояния ребенка при наличии дистального трахеопищеводного свища при атрезии пищевода?	

		дерево с развитием "химической" пневмонии, поступлением массивного количества слизи в трахеобронхиальное дерево. Сдавлением легкого на стороне поражения, при больших размерах грыжи – сдавлением легкого на противоположной стороне и развитием в легких застойных инфекционных осложнений – пневмонии, ателектазы и т.п. С врожденной лобарной эмфиземой, которая имеет скожную клинику и рентгенологические проявления. При атрезии пищевода, результат пробы выражен при слепом краниальном сегменте пищевода, при этом вводят воздуха через катетер, установленный в слепой конец пищевода и введенный воздух с шумом выходит обратно через рот и нос ребенка. Без свищевую форму либо атрезию пищевода с проксимальным трахиопищеводным свищем – будет наблюдаться выраженный синдром дыхательных расстройств.
	27. Чем объясняется дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже?	
	28. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать врожденную диафрагмальную грыжу? Почему?	
	29. Каким образом и при каком заболевании проводят пробу Элефанта?	
	30. Какие формы атрезии пищевода можно заподозрить при отсутствии на рентгенограмме газонаполнения желудка и кишечника?	

	31. В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза?	При врожденной кишечной непроходимости клиника очень активно развивается на 1 сутки после рождения, начало лечения ребенка со 2 суток уже чревато значительными осложнениями со стороны дыхательной системы и общими осложнениями, при пилоростенозе же клинические проявления непроходимости начинаются с 2-3 недели после рождения ребенка. Пилоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс. Антибактериальная терапия, санационные бронхоскопии, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, ингаляции. Напряженный (клапанный) пиопневмоторакс с сдавлением здорового легкого.
	32. Назовите легочно-плевральные осложнения ОГДП?	
	33. Назовите методы лечения абсцесса легкого.	
	34. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?	

	35. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз? 36. Куда может дренироваться абсцесс легкого? 37. Что является причиной ошибочной аппендэктомии при деструктивных плевропневмониях? 38. _____ Как механизм появления болей при остром гематогенном остеомиелите (ОГО)? Боли появляются до или после рентгенологических проявлений (периостита)? 39. _____ Какую классификацию приобретенной кишечной непроходимости по механизмам развития вы знаете?	Абсцесс легкого после дренирования в бронх или плевральную полость. В бронх, в плевральную полость с образованием пиоторакса, и в бронх, и в плевральную полость с образованием пиопневмоторакса. Выраженный абдоминальный болевой синдром, обусловленный раздражением нижних межреберных нервов, которые иннервируют так же эпигастральную область Боли при ОГО связаны с повышением внутрикостного давления из-за воспалительного отека костного мозга, появляются значительно раньше периостита – последний видно на рентгенограммах через 2 недели от начала заболевания. Приобретенная кишечная непроходимость подразделяется на
--	---	--

		динамическую кишечную непроходимость (спастическую, паралитическую) и механическую кишечную непроходимость (обтурационную, странгуляционную и смешанную инвагинацию кишки).
40.	Каков патогенез болезни Гиршпрунга?	Нарушение (замедление) миграции нервных клеток вдоль кишечной трубки на 7- 12 неделе развития плода, из-за чего в стенке кишки не формируются парасимпатические Мейснеровское и Ауэрбаховское сплетения, развивается различный по протяженности аганглионарный участок кишки, неспособный к перистальтике, возникает кишечная непроходимость.
41.	Какие вы знаете порто-кавальные анастомозы, где могут быть расширение вен и кровотечения при портальной гипертензии?	Вены кардиального отдела желудка и н/З пищевода, вены передней брюшной стенки («голова

		медузы»), геморроидальные вены.
	42. Какие возможны осложнения при проглатывании детьми батареек от часов?	Перфорация пищевода в месте расположения батарейки (физиологические сужения), развитие медиастинита.
	43. Какие заболевания объединены термином «синдром отечной мошонки» («острые заболевания яичка»? Что их объединяет?	Это перекрут и некроз гидатиды Морганьи, перекрут семенного канатика, острый орхит, травмы яичка. Объединяет их однотипное лечение – оперативная ревизия органов мошонки и оперативное устранение причины заболевания.
	44. _____ Что такое «гипоспадия без гипоспадии»?	Это заболевание с нормально расположенным отверстием уретры, проявляется ее «крючководной» деформацией в виде сгибания в вентральном направлении.
	45. _____ Какие виды ретенции яичка при крипторхизме вы знаете? Что такое ложный крипторхизм?	Брюшная ретенция – яичко в брюшной полости и паховая ретенция – яичко в паховом канале. При ложном крипторхизме яичко находится в мошонке, но подтянуто к наружному паховому кольцу сокращением креmasterной мышцы.
	46. _____ Какие вы знаете особенности переломов детского возраста? Чем обусловлены эти особенности?	Переломы по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеэпифизеолизы,

		апофизеолиты. Обусловлены толстой и прочной надкостницей (по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы) и наличием хрящевых зон роста как с метаэпифизарных пластинок, так и в апофизах (эпифизеолиты, остеопифизеолиты, апофизеолиты).
47.	Кефалогематома, патогенез, клиника.	Кефалогематома — последствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния: • Первая степень — диаметром 4 см и менее. • Вторая

		степень – диаметром от 4,1 до 8 см. • _____ Третья степень – более 8 см. По распространенности: • _____ очаговая – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры; • _____ распространенная – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит; смешанная – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками. Повреждение Монтеджа – это повреждение предплечья относится к переломовывихам: перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой кости. В зависимости от механизма травмы и вида смещения различают сгибательный и разгибательный типы повреждений. Разгибательный тип возникает значительно чаще, чем сгибательный. Он характеризуется
48.	Что такое переломо-вывихи костей предплечья (повреждения Монтеджа и Галеацци)?	

	49. _____ Какие вы знаете фазы течения ожоговой болезни? Охарактеризуйте их.	вывихом головки луча кпереди, с нередким разрывом кольцевидной связки лучевой кости и смещение перелома локтевой кости под углом открытым кзади. Повреждение Галеацци - характеризуется переломом лучевой кости в средней трети или нижней трети с вывихом головки локтевой кости к тылу или в ладонную сторону (в зависимости от механизма травмы). I. Ожоговый шок является первым периодом ожоговой болезни. Продолжительность шока (от нескольких часов до нескольких суток) определяется преимущественно площадью поражения. Любая ожоговая рана является первично микробно зафиксированной, однако в период ожогового шока влияние инфекции еще не выражено. II. _____ Острая ожоговая токсемия является вторым периодом заболевания. Он начинается со 2—3 суток, продолжается 7—8 дней и характеризуется преобладанием явлений выраженной интоксикации. III. _____ Период септикотоксемии (ожоговой инфекции) условно начинается с 10-х суток и характеризуется
--	---	---

		преобладанием инфекционного фактора в течении заболевания. При отрицательной динамике процесса возможно развитие ожоговой кахексии, приводящей в последующем к гибели больного. IV. _____ Период реконвалесценции характеризуется постепенной нормализацией функций и систем организма. Он наступает после заживления ожоговых ран, либо после оперативного их закрытия. Наиболее грозным проявлением ожоговой болезни, несущим непосредственную угрозу для жизни больного, является ожоговый шок. I стадия. Некроз костной ткани. Продолжается до нескольких месяцев. Больного беспокоят слабые или умеренные боли в пораженной области, сопровождающиеся нарушением функции конечности. Пальпация болезненна. Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены. Рентгенологические изменения в этот период могут отсутствовать. II _____ стадия. Компрессионный
50.	_____ Какие стадии остеохондропатий вы знаете?	

		перелом. Продолжается от 2-3 до 6 и более месяцев. Кость «проседает», поврежденные костные балки вклиниваются друг в друга. На рентгенограммах выявляется гомогенное затемнение пораженных отделов кости и исчезновение ее структурного рисунка. При поражении эпифиза его высота уменьшается, выявляется расширение суставной щели. III стадия. Фрагментация. Длится от 6 месяцев до 2-3 лет. На этой стадии происходит рассасывание омертвевших участков кости, их замещение грануляционной тканью и остеокластами. Сопровождается уменьшением высоты кости. На рентгенограммах выявляется уменьшение высоты кости, фрагментация пораженных отделов кости с беспорядочным чередованием темных и светлых участков. IV стадия. Восстановление. Продолжается от нескольких месяцев до 1,5 лет. Происходит восстановление формы и, несколько позже – и структуры кости. Сколиоз – это сложная стойкая деформация позвоночника, сопровождающаяся, в
--	--	--

51. Дайте определение сколиоза. Что отличает сколиоз от сколиотической осанки?	первую очередь, искривлением в боковой плоскости с последующей ротацией позвонков и усилением физиологических изгибов позвоночника; или сколиоз – это сложная многоплоскостная деформация позвоночника. От сколиотической осанки отличается наличием ротации и торсии – стойких и необратимых морфологических изменений.
52. Какие вы знаете возможные причины врожденной кишечной непроходимости (ее классификация)?	1) патология кишечной трубки (высокая и низкая атрезии, стенозы) 2) патология кишечной стенки (болезнь Гиршпрунга) 3) патология кишечного содержимого (муковисцидоз) 4) _____ сдавление кишки извне (опухоль, энтерокистома) 5) _____ синдром мальротации (синдром Ледда – заворот средней кишки со сдавлением двенадцатиперстной кишки ее брыжейкой)
53. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Что необходимо сделать, чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки?	Парентерально ввести седативные препараты, тарнквизаторы (седуксен)
54. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от спаек. Какова дальнейшая тактика?	Аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнояника

	55. _____ У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Какое обследование следует провести? 56. _____ У ребенка по ходу послеоперационной раны определяется болезненный инфильтрат. Что необходимо выполнить? 57. Во время операции обнаружены катаральные изменения в отростке при выраженных симптомах раздражения брюшины и напряжении мышц передней брюшной стенки до операции. Назовите дальнейшую тактику оперирующего хирурга. 58. У больного на вторые сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита резко ухудшилось состояние: возникли рвота, тахикардия, бледность, снижение гемоглобина, артериального давления до 110\70 мм рт. ст. Назовите предположительный диагноз, тактику врача-хирурга? 59. Прошло две недели проведения консервативного лечения "холодного" аппендикулярного инфильтрата, инфильтрат не пальпируется. Назовите тактику врача-хирурга? 60. У ребенка 3-х лет состояние тяжелое, обусловлено	Ректальное обследование на предмет развития пельвиоперитонита и наличия экссудата в дугласовом пространстве. Необходимо снять один шов и произвести ревизию раны на предмет наличия очагового воспаления и выделения гноя и возможного формирования свища в брюшную полость и развития перитонита. Ревизия брюшной полости – поиск возможного очага воспаления в меккелевом дивертикуле, придатках матки, желчном пузыре и т.п. , определение количества и характера экссудата - с последующей аппендэктомией. Предположительно внутрибрюшное кровотечение, срочная релапаротомия в правой подвздошной области, поиск и ликвидация источника кровотечения. Выписать под наблюдение детского хирурга поликлиники Напряженный (клапанный) пиопневмоторакс,
--	--	--

	выраженным синдромом «внутригрудного напряжения»: цианоз носогубного треугольника, поверхностное дыхание с одышкой до 60–80 в 1 мин. Отмечается выраженное снижение дыхательных экскурсий на стороне поражения. Перкуторно в средних и верхних отделах гемиторакса определяется тимпанит, в нижних отделах – укорочение тона. Дыхание значительно ослаблено. На R-грамме грудной клетки определяется: значительное количество воздуха и жидкости в плевральной полости, коллабирующие легкое и смещающие средостение в противоположную сторону. При этом уровень жидкости четко дифференцируется на фоне воздуха. Ваш диагноз и тактика лечения? 61. У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Каков ваш предположительный диагноз и план обследования? 62. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Какой наиболее вероятный диагноз? 63. Ребенку установлен диагноз инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. Каковы дальнейшие действия врача?	необходимо дренирование плевральной полости, введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия. Предположительно, поздняя спаечная непроходимость, необходимо выполнить обзорную рентгенограмму органов брюшной полости в вертикальном положении для подтверждения диагноза – установить наличие на рентгенограмме множественных «чаш Клойбера». Инвагинация кишечника. Показана экстренная госпитализация для оперативного лечения: проведения срединной лапаротомии и ревизии кишки, проведения дезинвагинации и определения жизнеспособности дезинвагинированной кишки, по показаниям – выведение стомы.
--	---	--

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 2	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК-2:	Задания закрытого типа Прочитай текст и выбери один правильный ответ 1. Болезнь Шейерманна - Мау представляет собой: а) одну из форм анкилозирующего спондилоартрита б) следствие нарушения развития опорных площадок многих позвонков в) врожденную деформацию позвоночника г) старческий кифоз 2. Болезнь Пертеса – это: а) асептический некроз головки бедренной кости в детском возрасте б) палиндромный ОРЛ в) эпифизиолиз головки бедренной кости г) остеохондропатия бугристости большеберцовой кости 3. Для болезни Шейерманна - Мау характерно все перечисленное, кроме: а) выраженной сутулости и умеренных болей в	Эталон ответа: Б А Г
--------------	---	--

	позвоночнике б) отсутствия поражений крестцово- подвздошных суставов в) отсутствия лабораторных признаков воспалительного процесса г) патологии связочного аппарата	
	4. Юношеский кифоз и болезнь Шейерманна - Мау – это: а) одно и то же заболевание б) разные заболевания	А
	5. Ведущей теорией в этиологии остеохондропатий является: а) нейрогенная б) сосудистая в) травматическая г) воспалительная д) наследственная	Б
	6. Вторая стадия болезни Пертеса называется а) Стадия остеосклероза б) Стадия обострения в) Стадия остеопороза г) Стадия импрессионного перелома д) Стадия фрагментации	Г
	7. Третья стадия болезни Пертеса называется а) Стадия остеосклероза	Д

	б) Стадия обострения в) Стадия остеопороза г) Стадия остеонекроза д) Стадия фрагментации	
	8. При болезни Шейермана-Мау грудной кифоз а) увеличен б) сглажен в) не изменен	А
	9. При болезни Келера II поражается а) Бугристость б)берцовой кости б) Пяточная кость в) Таранная кость г) Ладьевидная кость стопы д) II–IV плюсневые кости	Д
	10. При болезни Ганглунда-Шинца поражается а) Бугристость б)берцовой кости б) Пяточная кость в) Таранная кость г) Ладьевидная кость стопы д) II–IV плюсневые кости	Б
	11. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получен гной, дальнейшие действия предусматривают а) измерение внутрикостного давления б) дополнительную	Б

	остеоперфорацию в) ушивание раны г) промывание костно-мозгового канала д) дренирование раны	
	12. Ребенок 7 лет поступил в стационар с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО) н\З бедра на 3 сутки заболевания. состояние тяжелое. интоксикация, пневмония. ребенку необходима а) срочная остеоперфорация б) остеоперфорация после предоперационной подготовки в) инфузионная и антибактериальная терапия, остеоперфорация в плановом порядке г) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки д) внутрикостное введение антибиотиков	Б
	13. Сроки дренирования мягких тканей при ОГО определяются а) характером и количеством патологического отделяемого б) улучшением самочувствия в) динамикой лабораторных показаний	А

	г) динамикой рентгеновских снимков д) купированием болей	
	14. В патогенезе ОГО ведущее значение имеет а) травма б) высокий уровень одномоментной контаминации возбудителя в) длительное течение ОРВИ г) неполноценное питание д) сенсibilизация организма	Б
	15. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано а) назначение антибиотиков, наблюдение б) диагностическая пункция сустава в) дренирование сустава г) остеоперфорация д) пункция кости и измерение внутрикостного давления	Б
	16. У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима:	Б

	а) срочная операция б) плановая операция в) диагностическая пункция г) наблюдение д) антибиотикотерапия	
	17. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Ваш диагноз: а) фурункулёз б) псевдофурункулёз в) флегмона подкожной клетчатки г) абсцесс д) рожистое воспаление	В
	18. У ребенка на второй день после укола кончика пальца дергающие боли. под ногтем гной. Ваш диагноз: а) паронихий б) кожный панариций в) подкожный панариций г) подногтевой панариций д) флегмона	Г
	19. Дайте определение некротической флегмоне новорожденного а) острое гнойно-некротическое воспаление подкожной клетчатки б) острое гнойно-некротическое воспаление	А

	фасциальных футляров предплечья и плеча в) острое гнойно-некротическое воспаление подкрыльцовой области 20. Лечение флегмоны новорожденных а) встрытие в месте флюктуации б) пункция флегмоны в) мазевые аппликации г) физиотерапия д) множественные насечки по краю отежности, покраснения тканей 21. Какая форма воспаления не представлена в классификации омфалита а) катаральная б) флегмонозная в) гангренозная г) некротическая 22. При осмотре ребенка 3 недель в области пупка кожа гиперемирована, инфильтрирована. пупочная ранка в виде ранки, покрытой фибринозным налетом. При надавливании выделяется гной. Диагноз: а) фурункул передней брюшной стенки б) флегмонозньый омфалит в) флегмона новорожденного	Д В Б
--	---	----------------------------

	г) катаральный омфалит д) рожистое воспаление 23. Лечение катаральной формы омфалита а) вскрытие и дренирование пупочной раны б) назначение антибиотиков, наблюдение в динамике в) туалет ранки, применение местных антисептиков, наблюдение в динамике г) множественные насечки по краю отечности и покраснения тканей 24. Во время оперативного вмешательства по поводу ОГО выявлены поднадкостничное и межмышечное скопление гноя. после выполнения декомпрессионной остеоперфорации показано: а) оставление резиновых выпускников в мягких тканях б) дренирование параоссального пространства по Редону в) утановление однопросветных дренажей для проточного промывания г) дренирование двухпросветной трубкой	В В
--	--	---------------------------------

	д) ушивание операционной раны наглухо 25. Основными условиями патогенетической терапии при анаэробной инфекции НЕ являются а) лампасные разрезы б) иссечение пораженных тканей в) нейтрализация действия циркулирующих токсинов г) коррекция нарушений гомеостаза д) строгая иммобилизация конечности	Д
	Задания открытого типа: Задания на дополнение. <i>Инструкция: вставьте одно слово</i> 1. Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно усиление болей при расположении на _____ боку 2. У пациента страдающего сахарным диабетом стертая клиническая картина острого аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо выполнить диагностическую ____ _____ 3. В случае возможности	Эталон ответа: левом лапароскопию

	проведения «попутной» аппендэктомии при выполнении операций, не связанных с патологией аппендикса, у хирурга должно присутствовать стремление к _____ червеобразного отростка.	оставлению
	4. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит. Имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает _____ и ушивание раны	дренирование (дренирование перчаточной резиной)
	5. Ребенка до 3 лет с «синдромом острой боли в животе» следует госпитализировать в _____ отделение	хирургическое
	6. Наиболее достоверный клинический симптом острого аппендицита у детей _____ перед ней брюшной стенки.	напряжение мышц или дефанс
	7. При флегмонозно измененном Меккелевом дивертикуле, если основание его инфильтрировано, целесообразно проведение клиновидной _____	резекции

	_____ подвздошной кишки в месте расположения дивертикула 8. Появление болей в эпигастрии при плевропневмонии обусловлено особенностями _____ 9. Сопутствующая неврологическая патология, сопутствующая соматическая патология, врожденные аномалии органов ЖКТ _____ противопоказаниями к проведению аппендэктомии при остром аппендиците. 10. Основной причиной развития кишечной инвагинации у детей является _____ перистальтики.	иннервации не являются нарушение или дискоординация
	Вопросы для собеседования. 1. Что является наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей? 2. Какие наиболее важные отличительные признаки абдоминальной формы псевдотуберкулеза от острого	Эталон ответа: напряжение мышц брюшной стенки, локальная болезненность, положительные симптомы раздражения брюшины. Это ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в пояснице,

	аппендицита вы знаете? 3. Как необходимо закончить операцию при обнаружении холодного аппендикулярного инфильтрата? 4. Какие диагностические приемы, позволяют отдифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения? 5. Чем характеризуется клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет? 6. Какие показания к проведению пальцевого ректального исследования при подозрении на острый аппендицит? 7. Что является основным преимуществом колоноскопии при инвагинации кишечника?	гиперемия кожи и слизистых, относительная брадикардия, увеличение печени и селезенки, дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы. ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин) прежде всего, преобладанием общих симптомов (вялость, интоксикация, разлитая болезненность) над местными (локальная болезненность, локальное напряжение мышц передней брюшной стенки — дефанс). пальцевое ректальное исследование должно проводиться всем детям, госпитализируемым с подозрением на острый аппендицит. возможность решить вопрос о показаниях к оперативному
--	--	--

		лечению вне зависимости от сроков заболевания.
	8. В каком возрасте чаще всего встречается кишечная инвагинация?	в грудном – 4-9 месяцев.
	9. С чем связана наиболее частая заболеваемость инвагинацией кишечника в возрасте 4-9 месяцев?	с изменением характера содержимого ЖКТ из-за введения прикорма, что может являться провоцирующим фактором для развития инвагинации, особенно при наличии предрасполагающих анатомических особенностей (аномалий).
	10. Каким должно быть лечение в начальном периоде инвагинации кишечника?	консервативное расправление инвагината воздухом под пальпаторным контролем расправления инвагината и контролем давления воздуха.
	11. Какой метод рентгенологического исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации?	контрастная ирригография с воздухом – превмоирригография, характерен рентгенологический симптом «трезубца».
	12. Что служит критерием эффективности консервативной терапии при инвагинации?	отхождение стула и газов, исчезновение болей.
	13. Что такое инвагинация кишечника?	это чаще изоперистальтическое внедрение проксимального участка кишки в дистальный, чаще всего подвздошная кишка внедряется в

		восходящую ободочную.
14. Назовите типы инвагинаций.		тонко-тонкокишечная, толсто-толстокишечная, подвздошно-ободочная, слепо-ободочная, редкие типы инвагинации (инвагинация червеобразного отростка).
15. Что является основной причиной инвагинации у детей старшего возраста (старше 1 года)?		чаще всего это механические причины - полипы, кисты, дивертикул Меккеля, удвоение подвздошной кишки, гипертрофированные бляшки Пейера, доброкачественные и злокачественные опухоли кишечника
16. К какому виду кишечной непроходимости относится инвагинация?		Приобретенная механическая смешанная (обтурационная и странгуляционная) непроходимость.
17. Какие три основных клинических симптома характерны для инвагинации?		приступообразные связанные с перистальтикой боли в животе, пальпируемое в брюшной полости объемное образование – головка инвагината и кровянистые выделения из прямой кишки по типу «малинового желе».
18. С чем связан приступообразный характер болей при инвагинации?		приступообразный характер болей при инвагинации связан с прохождением перистальтической волны через головку инвагината.
19. Какие критерии эффективности консервативной дезинвагинации вы знаете?		резкое снижение давления на тонометре, симптом "хлопка", отхождение газов,

		исчезновение пальпируемой головки инвагината.
	20. Какие критерии относят к признакам нежизнеспособности кишки после дезинвагинации?	резкий цианоз и отек кишки, пульсация сосудов кишечной стенки не восстановилась, нет видимой перистальтики кишки.
	21. Какое должно быть лечение ранней спаечной кишечной непроходимости?	лечение должно начинаться с консервативных мероприятий: декомпрессия ЖКТ – промывание желудка, очистительная клизма, стимуляции моторики кишки – прозерин, церукал, в/в капельных инфузий для коррекции общего состояния – восполнение ОЦК, коррекция КЩС и т.п., зависит от динамики состояния пациента, при отсутствии отхождении стула и газов в течении 2 часов после экстренной госпитализации - оперативное: висцеролиз.
	22. Какие симптомы характерны для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом?	для атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищом характерны цианоз, одышка, пенистые выделения из носа и рта, развитие в дальнейшем дыхательных расстройств из-за инфекционных осложнений в легких.

	23.Какое предельное расстояние между сегментами пищевода возможно для наложения прямого анастомоза, объясните почему? 24.Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода? 25. Какое оперативное пособие необходимо новорожденному с атрезией пищевода с диастазом более 3 см? 26. Чем обусловлено ухудшение состояния ребенка при наличии дистального трахеопищеводного свища при атрезии пищевода ?	по данным разных авторов 1,5-2,0 см, если расстояние будет больше, то при попытке наложения прямого анастомоза произойдет перерастяжение стенок пищевода, в них ухудшится кровоснабжение, что приведет к развитию недостаточности анастомоза. водорастворимые контрасты – урограф, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из- за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инвекционных осложнений. наложение нутритивной гастростомы и эзофагостомы для отвода слюны и сохранения глотательного рефлекса. помимо аспирации слюны из переполненного слепого проксимального сегмента пищевода - избыточным забросом воздуха в желудок, забросом желудочного содержимого в трахеобронхиальное дерево с
--	---	--

		развитием "химической" пневмонии, поступлением массивного количества слизи в трахеобронхиальное дерево.
27. Чем объясняется дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже?		сдавлением легкого на стороне поражения, при больших размерах грыжи – сдавлением легкого на противоположной стороне и развитием в легких застойных инфекционных осложнений – пневмонии, ателектазы и т. п.
28. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать врожденную диафрагмальную грыжу? Почему?		с врожденной лобарной эмфиземой, которая имеет схожую клинику и рентгенологические проявления.
29. Каким образом и при каком заболевании проводят пробу Элефанта?		при атрезии пищевода, результат пробы выражен при слепом краниальном сегменте пищевода, при этом вводят воздуха через катетер, установленный в слепой конец пищевода и введенный воздух с шумом выходит обратно через рот и нос ребенка.
30. Какие формы атрезии пищевода можно заподозрить при отсутствии на рентгенограмме газонаполнения желудка и кишечника?		без свищевую форму либо атрезию пищевода с проксимальным трахиопищеводным свищем – будет наблюдаться выраженный синдром дыхательных расстройств.

	31. В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза? 32. Назовите легочно-плевральные осложнения ОГДП? 33. Назовите методы лечения абсцесса легкого. 34. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз? 35. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Наиболее вероятный диагноз?	при врожденной кишечной непроходимости клиника очень активно развивается на 1 сутки после рождения, начало лечения ребенка со 2 суток уже чревато значительными осложнениями со стороны дыхательной системы и общими осложнениями, при пилоростенозе же клинические проявления непроходимости начинаются с 2-3 недели после рождения ребенка. пиоторакс, пиопневмоторакс, пневмоторакс. антибактериальная терапия, санационные бронхоскопии, постуральный дренаж, вибрационный массаж грудной клетки, ингаляции. напряженный (клапанный) пиопневмоторакс с сдавлением здорового легкого. абсцесс легкого после дренирования в бронх или плевральную полость.
--	--	---

	36. Куда может дренироваться абсцесс легкого? 37. Что является причиной ошибочной аппендэктомии при деструктивных плевропневмониях? 38. Каков механизм появления болей при остром гематогенном остеомиелите (ОГО)? Боли появляются до или после рентгенологических проявлений (периостита)? 39. Какую классификацию приобретенной кишечной непроходимости по механизмам развития вы знаете? 40. Каков патогенез болезни Гиршпрунга?	в бронх, в плевральную полость с образованием пиоторакса, и в бронх, и в плевральную полость с образованием пиопневмоторакса. выраженный абдоминальный болевой синдром, обусловленный раздражением нижних межреберных нервов, которые иннервируют так же эпигастральную область. боли при ОГО связаны с повышением внутрикостного давления 3-за воспалительного отека костного мозга, появляются значительно раньше периостита – последний видно на рентгенограммах через 2 недели от начала заболевания. приобретенная кишечная непроходимость подразделяется на динамическую кишечную непроходимость (спастическую, паралитическую) и механическую кишечную непроходимость (обтурационную, странгуляционную и смешанную - инвагинацию кишки). нарушение (замедление)
--	--	---

		миграции нервных клеток вдоль кишечной трубки на 7-12 неделе развития плода, из-за чего в стенке кишки не формируются парасимпатические Мейснеровское и Ауэрбаховское сплетения, развивается различный по протяженности аганглионарный участок кишки, неспособный к перистальтике, возникает кишечная непроходимость.
41. Какие вы знаете портосистемные анастомозы, где могут быть расширение вен и кровотечения при портальной гипертензии?		вены кардиального отдела желудка и н/3 пищевода, вены передней брюшной стенки («голова медузы»), геморроидальные вены.
42. Какие возможны осложнения при проглатывании детьми батареек от часов?		перфорация пищевода в месте расположения батарейки (физиологические сужения), развитие медиастинита.
43. Какие заболевания объединены термином «синдром отечной мошонки» («острые заболевания яичка»? Что их объединяет?		Это перекрут и некроз гидатиды Морганьи, перекрут семенного канатика, острый орхит, травмы яичка. Объединяет их однотипное лечение – оперативная ревизия органов мошонки и оперативное устранение причины заболевания.
44. Что такое «гипоспадия без гипоспадии»?		это заболевание с нормально расположенным отверстием уретры, проявляется ее «крючковидной»

		деформацией в виде сгибания в вентральном направлении.
45.Какие виды ретенции яичка при крипторхизме вы знаете? Что такое ложный крипторхизм?		брюшная ретенция – яичко в брюшной полости и паховая ретенция – яичко в паховом канале. При ложном крипторхизме яичко находится в мошонке, но подтянуто к наружному паховому кольцу сокращением креmasterной мышцы
46. Какие вы знаете особенности переломов детского возраста? Чем обусловлены эти особенности?		переломы по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы, эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы. Обусловлены толстой и прочной надкостницей (по типу «зеленой ветки», поднадкостничные переломы) и наличием хрящевых зон роста как с метаэпифизарных пластинок, так и в апофизах (эпифизеолизы, остеоэпифизеолизы, апофизеолизы).
47.Кефалогематома, патогенез, клиника.		Кефалогематома – последствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с

		надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния: <i>Первая степень</i> – диаметром 4 см и менее. <i>Вторая степень</i> – диаметром от 4,1 до 8 см. <i>Третья степень</i> – более 8 см. По распространенности: <i>очаговая</i> – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры; <i>распространенная</i> – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит; <i>смешанная</i> – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками
48. Что такое переломо-вывихи костей предплечья (повреждения Монтеджа и Галеацци)?		повреждение Монтеджа - это повреждение предплечья относится к

		переломовывихам: перелом локтевой кости в верхней трети и вывих головки лучевой кости. В зависимости от механизма травмы и вида смещения различают сгибательный и разгибательный типы повреждений. Разгибательный тип возникает значительно чаще, чем сгибательный. Он характеризуется вывихом головки луча кпереди, с нередким разрывом кольцевидной связки лучевой кости и смещение перелома локтевой кости под углом открытым кзади. Повреждение Галеацци - характеризуется переломом лучевой кости в средней трети или нижней трети с вывихом головки локтевой кости к тылу или в ладонную сторону (в зависимости от механизма травмы).
49.Какие вы знаете фазы течения ожоговой болезни? Охарактеризуйте их.		I Ожоговый шок является первым периодом ожоговой болезни. Продолжительность шока (от нескольких часов до нескольких суток) определяется преимущественно площадью поражения. Любая ожоговая рана является первично микробно зафязненной, однако в период ожогового шока влияние инфекции еще не выражено. II Острая ожоговая токсемия является вторым периодом заболевания. Он начинается со 2—3 суток, продолжается 7—8 дней и характеризуется преобладанием явлений выраженной интоксикации.

		III Период септикотоксемии (ожоговой инфекции) условно начинается с 10-х суток и характеризуется преобладанием инфекционного фактора в течении заболевания. При отрицательной динамике процесса возможно развитие ожоговой кахексии, приводящей в последующем к гибели больного. IV Период реконвалесценции характеризуется постепенной нормализацией функций и систем организма. Он наступает после заживления ожоговых ран, либо после оперативного их закрытия. Наиболее грозным проявлением ожоговой болезни, несущим непосредственную угрозу для жизни больного, является ожоговый шок.
	50. Что такое остеохондропатии? Каков их патогенез?	Остеохондропатии - группа заболеваний, характеризующихся своеобразным изменением апофизов коротких и эпифизов длинных трубчатых костей, энхондрально оссифицирующихся костей кисти и стопы, позвоночника, реже других растущих костных структур. Остеохондропатии встречается преимущественно в детском и юношеском возрасте. Считается, что в связи с эмболией или тромбозом сосудов кости развивается ее асептический некроз. Некротизированные костные перекладины утрачивают прочность и повреждаются даже при малейшей нагрузке. В дальнейшем нарастает деформация эпифизов и апофизов костей, наблюдается болезненность суставов, нарушение их функции,

		конфигурации или конгруэнтности суставных поверхностей, что в конечном итоге приводит к развитию деформирующего артроза (отдаленное осложнение болезни Пертеса).
51. Какие стадии остеохондропатий вы знаете?		I стадия. Некроз костной ткани. Продолжается до нескольких месяцев. Больного беспокоят слабые или умеренные боли в пораженной области, сопровождающиеся нарушением функции конечности. Пальпация болезненна. Регионарные лимфатические узлы обычно не увеличены. Рентгенологические изменения в этот период могут отсутствовать. II стадия. Компрессионный перелом. Продолжается от 2-3 до 6 и более месяцев. Кость «проседает», поврежденные костные балки вклиниваются друг в друга. На рентгенограммах выявляется гомогенное затемнение пораженных отделов кости и исчезновение ее структурного рисунка. При поражении эпифиза его высота уменьшается, выявляется расширение суставной щели. III стадия. Фрагментация. Длится от 6 месяцев до 2-3 лет. На этой стадии происходит рассасывание омертвевших участков кости, их замещение грануляционной тканью и остеокластами. Сопровождается уменьшением высоты кости. На рентгенограммах выявляется уменьшение высоты кости, фрагментация пораженных отделов кости с беспорядочным чередованием темных и светлых участков. IV стадия. Восстановление. Продолжается от нескольких месяцев до 1,5 лет. Происходит восстановление формы и, несколько позже – и

		структуры кости. Сколиоз – это сложная стойкая деформация позвоночника, сопровождающаяся, в первую очередь, искривлением в боковой плоскости с последующей ротацией позвонков и усилением физиологических изгибов позвоночника; или сколиоз – это сложная многоплоскостная деформация позвоночника. От сколиотической осанки отличается наличием ротации и торсии – стойких и необратимых морфологических изменений.
52. Дайте определение сколиоза. Что отличает сколиоз от сколиотической осанки?		
53. Каков патогенез пузырно-мочеточникового рефлюкса?		область соединения мочеточников с полостью мочевого пузыря анатомически представляет собой сфинктерный антирефлюксный аппарат, который обеспечивает ток урины только в нисходящем направлении. Это достигается благодаря определенному углу, под которым мочеточник впадает в мочевой пузырь, и внутривентрикулярным гладким циркулярным мышцам. Главное патологическое звено формирования рефлюкса — снижение эффективности работы сфинктера в результате дисплазии мышечных волокон, их воспалительного повреждения, нарушения нервной регуляции. Морфофункциональные изменения приводят к срыву антирефлюксного механизма и нефизиологическому ретроградному движению

		мочи. Высокое гидростатическое давление обуславливает деформацию и дилатацию мочеточника и почечных лоханок. Создаются условия для переноса бактерий из нижних сегментов выделительной системы в верхние, что приводит к развитию острой или хронической рецидивирующей инфекции в паренхиме почек с замещением ренальной ткани на нефункциональную соединительную. Нефросклероз является причиной дисфункции почечного фильтра и развития жизнеугрожающих состояний.
	54.Какие вы знаете возможные причины врожденной кишечной непроходимости (ее классификация)?	1) патология кишечной трубки (высокая и низкая атрезии, стенозы) 2) патология кишечной стенки (болезнь Гиршпрунга) 3) патология кишечного содержимого (муковисцидоз) 4) сдавление кишки извне (опухоль, энтерокистома) 5) синдром мальротации (синдром Ледда – заворот средней кишки со сдавлением двенадцатиперстной кишки ее брыжейкой)
	Ситуационные задачи. 1. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Что необходимо сделать, чтобы обеспечить осмотр ребенка,	Эталон ответа: парентерально ввести седативные препараты, тарнквизаторы (седуксен)

	объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки? 2. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания – 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от спаек. Какова дальнейшая тактика? 3. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Какое обследование следует провести? 4. У ребенка по ходу послеоперационной раны определяется болезненный инфильтрат. Что необходимо выполнить? 5. Во время операции обнаружены катаральные изменения в отростке при выраженных симптомах раздражения брюшины и напряжении мышц передней брюшной стенки до операции. Назовите дальнейшую тактику оперирующего хирурга. 6. У больного на вторые сутки после операции по поводу острого гангренозного аппендицита резко ухудшилось состояние: возникли	аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника Ректальное обследование на предмет развития пелвиоперитонита и наличия экссудата в дугласовом пространстве. необходимо снять один шов и произвести ревизию раны на предмет наличия очагового воспаления и выделения гноя и возможного формирования свища в брюшную полость и развития перитонита. ревизия брюшной полости – поиск возможного очага воспаления в меккелевом дивертикуле, придатках матки, желчном пузыре и т.п., определение количества и характера экссудата - с последующей аппендэктомией. предположительно внутрибрюшное кровотечение, срочная релапаротомия в правой подвздошной области, поиск и ликвидация источника
--	---	--

	рвота, тахикардия, бледность, снижение гемоглобина, артериального давления до 110\70 мм рт. ст. Назовите предположительный диагноз, тактику врача-хирурга? 7. Прошло две недели проведения консервативного лечения "холодного" аппендикулярного инфильтрата, инфильтрат не пальпируется. Назовите тактику врача-хирурга? 8. У ребенка 3-х лет состояние тяжелое, обусловлено выраженным синдромом «внутригрудного напряжения»: цианоз носогубного треугольника, поверхностное дыхание с одышкой до 60–80 в 1 мин. Отмечается выраженное снижение дыхательных экскурсий на стороне поражения. Перкуторно в средних и верхних отделах гемиторакса определяется тимпанит, в нижних отделах – укорочение тона. Дыхание значительно ослаблено. На R-грамме грудной клетки определяется: значительное количество воздуха и жидкости в плевральной полости, коллабирующие легкое и смещающие средостение в противоположную сторону. При этом уровень жидкости четко дифференцируется на фоне воздуха. Ваш диагноз и тактика лечения? 9. У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Каков ваш предположительный диагноз и план обследования?	кровоотечения. выписать под наблюдение детского хирурга поликлиники напряженный (клапанный) пиопневмоторакс, необходимо дренирование плевральной полости, введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия. предположительно, поздняя спаечная непроходимость, необходимо выполнить обзорную
--	---	--

	10. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Какой наиболее вероятный диагноз? 11. Ребенку установлен диагноз инвагинация кишечника. Давность заболевания более 24 часов. Выражена картина непроходимости кишечника. Каковы дальнейшие действия врача?	рентгенограмму органов брюшной полости в вертикальном положении для подтверждения диагноза – установить наличие на рентгенограмме множественных «чаш Клойбера». инвагинация кишечника. показана экстренная госпитализация для оперативного лечения: проведения срединной лапаротомии и ревизии кишки, проведения дезинвагинации и определения жизнеспособности дезинвагинированной кишки, по показаниям – выведение стомы.
--	---	---

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания _____ открытого _____ типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

	Задания на дополнения	
--	-----------------------	--

ПК-5	Задания закрытого типа Прочитай текст и выбери один правильный ответ 1. У ребенка 8 мес. рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз: А) острый аппендицит В) инвагинация кишечника С) аппендикулярный инфильтрат D) кишечная инфекция E) опухоль брюшной полости 2. У ребенка 10 мес, приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлое опухолевидное образование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз - инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценивать как: А) начальный период В) период ярких клинических проявлений С) период непроходимости кишечника D) явления перитонита E) период осложнений 3. К характерным признакам инвагинации относятся все указанные, кроме А) стул в виде "малинового желе" В) пальпируемое "колбасовидное" образование в брюшной полости С) приступообразный	Эталон ответа: В А D
------	--	--

	характер боли D)симптом Щеткина-Блюмберга	В
	4.Какой метод исследования подтверждает диагноз кишечной инвагинации? A)пассаж бария по ЖКТ B)ирригография с воздухом C)хромоцистоскопия D)обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении	В
	5.Классический вариант клинической картины инвагинации включает в себя все перечисленные симптомы, кроме: A)приступообразного болевого синдрома B)рвоты C)стула в виде "малинового желе" D) пальпируемой в брюшной полости головки инвагината	С
	6. К дополнительным методам диагностики при инвагинации относят все перечисленные, кроме A)УЗИ органов брюшной полости B) пневмоирригографии колоноскопии C) фиброгастроэзофагодуоденоскопии	В
	7. Дифференцировать инвагинацию необходимо со всеми перечисленными заболеваниями, кроме: A)выпадения прямой кишки B)дизентерии C)мезаденита D)абдоминального синдрома при болезни Шейнлейн-Геноха	С
	8. Выберите характерные рентгенологические признаки кишечной непроходимости A)дефект наполнения B)супрастенотическое	

	расширение стенок кишки С) чаши Клойбера D) "ниша"	A
	9. У ребенка 6 лет боли в животе приступообразного характера, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Два года назад оперирован по поводу аппендицита. Обследование необходимо начать с: А) обзорной рентгенографии органов брюшной полости в двух проекциях в вертикальном положении В) дактильной бариевой взвеси через рот С) гипертонической клизмы D) ректального исследования Е) пальпации живота под наркозом	D
	10. Наиболее характерным признаком болезни Шейнлейн-Геноха у больного с абдоминальным синдромом является: А) болезненное опухание суставов В) геморрагические высыпания на коже С) гематурия, альбуминурия D) появление точечных кровоизлияний после щипка кожи Е) Комбинация перечисленных симптомов	A
	11. Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно: А) усиление болей при расположении на левом боку В) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного С) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации в правой подвздошной области D) усиление болей в правой подвздошной области	B

	при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки 12. Для симптома Думбадзе при остром аппендиците характерно: А) болезненность при ректальном исследовании в правой подвздошной области В) болезненность при пальпации в области пупочного кольца С) уменьшение болей в положении на животе Д) усиление болей при отведении купола кишки медиально Е) снижение или отсутствие брюшных рефлексов	А
	13. Для острого аппендицита характерны следующие изменения в ОАК: А) умеренный лейкоцитоз и сдвиг нейтрофильной формулы влево В) гиперлейкоцитоз С) лейкопения Д) отсутствие изменений Е) ускорение СОЭ	С
	14. Больной острым аппендицитом лежа в постели занимает положение: А) на спине В) на животе С) на правом боку с приведенными ногами Д) на левом боку Е) сидя	В
	15. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо: А) ввести промедол В) ввести седуксен С) ввести спазмолитики Д) сделать теплую ванну Е) осмотреть ребенка в состоянии естественного	

	сна	D
	16. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного – острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае показано: А) срединная лапаротомия В) лапаротомия разрезом по Пфаненштилю С) лапаротомия разрезом в правой подвздошной области D) лапароскопию Е) динамическое наблюдение	E
	17. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезненный. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать: А) с пальпации живота под наркозом В) с лапароскопии С) с рентгеноскопии грудной клетки D) с ультразвукового исследования брюшной полости Е) с ректального исследования	C
	18. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей является: А) локальная боль В) напряжение мышц брюшной стенки и рвота С) напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность D) симптом Щеткина и рвота Е) жидкий стул и рвота	E
	19. Наиболее важными отличительными признаками абдоминальной формы псевдотуберкулеза являются: А) ознобы, головная боль, мышечные боли, боли в	

	пояснице, гиперемия кожи и слизистых В)относительная брадикардия С)увеличение печени и селезенки Д)дегенеративный сдвиг лейкоцитарной формулы Е)комплекс перечисленных признаков	D
	20. В какое отделение следует госпитализировать ребенка до 3 лет с “синдромом острой боли в животе”?: А)соматическое В)инфекционное С)провизорное Д) хирургическое	D
	21. Укажите диагностический прием, позволяющий от дифференцировать копростаз от острого аппендицита: А)обзорная рентгенография органов брюшной полости В)термометрия С)биохимический анализ крови Д)очистительная клизма	A
	22.С какими заболеваниями дифференцируют острый аппендицит у детей до 3 лет? А)плевропневмония В)частичная атрезия 12- перстной кишки С)пилоростеноз Д)перекрут кисты яичника	A
	23.Клиническая картина острого аппендицита у детей до 3 лет характеризуется А)преобладанием общих симптомов над местными В)преобладанием местных симптомов над общими С)местные и общие симптомы представлены равнозначно Д)местная симптоматика отсутствует	A
	24. Все диагностические мероприятия при атрезии пищевода верны, кроме	B

	А)бронхоскопии В)пробы Элефанта С)эзофагоскопии D)рентгенографии пищевода 25. При анализе рентгенограмм новорожденного с атрезией пищевода можно выяснить все перечисленное, кроме А)уровня атрезии В)размеров свища С)изменений в легких D)формы атрезии	В
	Задания закрытого типа Задания на дополнения. 1.Признаки атрезии пищевода_____из носа и рта. 2.Для диагностики атрезии пищевода нельзя использовать _____. 3.При подозрении на врожденную диафрагмальную грыжу нельзя использовать _____ пункцию . 4. К ведущим рентгенологическим признакам врожденной диафрагмальной грыжи относится определяющиеся в плевральной полости петли _____. 5.Основное отличие истинной диафрагмальной грыжи от ложной - наличие грыжевого _____. 6.Основное заболевание, с которым нужно дифференцировать диафрагмальную грыжу – это врожденная лобарная_____. 7.Дафрагмальная грыжа и атрезия пищевода могут	Эталон ответа: слизисто-пенистые выделения бариевую взвесь плевральную кишечника мешка эмфизема дыхательных

	приводить к синдрому _____ расстройств. 8. Дыхательная недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже обусловлено сдавлением _____. 9. При подозрении на атрезию пищевода при обследовании в родильном зале показано введение в пищевод _____ желудочного зонда с последующей рентгенографией. 10. Проба Элефанта – это введение _____ через катетер, установленный в слепой конец пищевода.	легких рентгенконтрастного воздуха.
	Вопросы для собеседования. Какие вы знаете три основных рентгенологических признака пиопневмоторакса? Какие вы знаете рентгенологические признаки пневмоторакса?	Эталон ответа: горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, свободный газ (воздух) над жидкостью и коллабированное легкое. При клапанном механизме - смещение средостения в противоположную сторону. свободный газ (воздух) в плевральной полости

Какие вы знаете рентгенологические признаки пиоторакса?

и коллабированное легкое. При клапанном механизме - смещение средостения в противоположную сторону.

Какие вы знаете рентгенологические признаки абсцесса легкого?

косой уровень жидкости в плевральной полости по линии Соколова-Дамуазо, отсутствие дифференцировки купола диафрагмы и плеврального синуса. При тотальном пиотораксе - затемнение соответствующей половины со смещением средостения в противоположную сторону, расширение межреберных промежутков.

В какие сроки от начала заболевания проявляются рентгенологические изменения в костях при остром гематогенном остеомиелите?

до дренирования – гомогенная округлая тень в легком с неровными четкими контурами, после дренирования – толстостенная полость с уровнем жидкости, имеет неровные четкие контуры (перифокальная реакция).

Какое исследование показано при подозрении

изменения в виде периостита появляются

	на эпифизарный остеомиелит?	через 14 дней от начала заболевания, изменения в виде неоднородности костной ткани («кость изъеденная молью») через 21 день.
	Какое исследование позволяет достоверно поставить диагноз острого гематогенного остеомиелита на ранних стадиях, до появления его рентгенологических признаков?	диагностическая пункция сустава с последующим посевом пунктата на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
	С какими заболеваниями необходимо дифференцировать гидраденит?	
	Какие основные деформации стопы (компоненты) диагностируют при врожденной косолапости?	пункция кости или операция остеоперфорация и измерение внутрикостного давления в течение 1-2 минут
	Каким образом вы определите степень тяжести врожденной косолапости?	с подмышечным лимфаденитом, с фурункулом подмышечной области, с лимфогрануломатозом и другими лимфопролиферативны ми заболеваниями, с болезнью кошачьих царапин.
	При каких заболеваниях можно диагностировать	конская стопа, приведение стопы, супинация. Дополнительно – полая стопа (cavus), варусная деформация (пяток).

	атипичную (вторичную) косолапость? Возможна ли пренатальная диагностика врожденной косолапости и в какие сроки? В каких случаях можно диагностировать идиопатический сколиоз? В каких случаях можно диагностировать врождённый сколиоз? Какие стойкие морфологические изменения в позвоночнике отличают сколиоз от сколиотической осанки? Как их можно диагностировать? каких проекциях и в каком положении пациента должны быть выполнены рентгенограммы для диагностики сколиоза?	легкая степень – при редрессации стопа полностью выводится в нормальное положение, средняя степень тяжести - при редрессации стопа частично выводится в нормальное положение (ощущается сопротивление сухожилий), тяжелая форма – стопа не выводится в нормальное положение, костная деформация. основный заболевания, сопровождающиеся развитием косолапости – это ДЦП и артрогрипоз. да, возможна, на 20-22 неделе внутриутробного развития. об идиопатическом сколиозе говорят, если имеется структуральная деформация позвоночника, происхождение которой невозможно установить. о врожденном сколиозе говорят, если имеется
--	---	---

	Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре спереди? Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре сзади? Асимметрия каких анатомических ориентиров используется для диагностики сколиоза при осмотре в кранио-каудальном положении (наклон вперед)?	сколиотическая деформация на почве врожденных аномалий развития позвоночника, например, добавочных клиновидных полупозвонков. это ротация и торсия позвонков, деформации, которые пациент не может одномоментно устранить, как в случае патологической осанки. Диагностировать их можно как клинически при осмотре – асимметрия мышечных валиков, так и на рентгенограммах – асимметрия остистых отростков. спондилография при подозрении на сколиоз выполняется в прямой проекция в положении стоя, прямой проекция в положении лежа и боковой проекция в положении стоя. при осмотре спереди хорошо заметны асимметрия надплечий, треугольников талии, левой и правой половин грудной клетки (увеличение и уменьшение), асимметрия сосков либо молочных желез, асимметрия пупка, асимметрия передних верхних подвздошных остей (необходимо
	Назовите 5 клинических признаков врожденного вывиха бедра у	

новорожденного.

Для чего при сколиозе делают рентгенограммы в прямой проекции в положении стоя и лежа?

Как производят измерение дуги искривления при сколиозе по методике Фергюссона?

Как производят измерение дуги искривления при сколиозе по методике Кобба?

Какие вы знаете рентгенологические схемы для диагностики врожденного вывиха

искбчить укорочение нижней конечности).

при осмотре спереди хорошо заметны асимметрия надплечий, треугольников талии, асимметрия лопаток и различное расстояние от лопаток до остистых отростков, при выраженной дуге искривления заметны деформации линии остистых отростков и мышечных валиков, асимметрия задних верхних подвздошных остей.

при осмотре в кранио-каудальном положении хорошо заметны деформации линии остистых отростков и мышечных валиков, асимметрия лопаток с крыловидным смещением кзади одной из них из-за формирующегося реберного горба.

асимметрия кожных складок (паховых, ягодичных и подколенных), относительное укорочение нижней конечности на стороне вывиха, симптом «щелчка» (Маркса-Ортолани), ограничение отведения нижней конечности, избыточная наружная ротация стопы на стороне вывиха.

бедра у новорожденных и детей с 3-5 месяцев? В чем отличие этих схем?

Какие вы знаете нормальные показатели для оценки врожденного вывиха бедра по схеме Хильгенрайнера?

какие клинические симптомы врожденного вывиха бедра могут быть недостоверны при двухстороннем вывихе?

В какие сроки после рождения ребенка и кем должна быть проведена клиническая диагностика врожденного вывиха бедра, почему?

для определения индекса стабильности, который имеет прогностическое значение при лечении сколиоза. Индекс стабильности равен отношению угла искривления в положении лежа к углу искривления в положении стоя. При стабильном позвоночнике индекс стабильности приближается к 1, а при мобильном стремится к 0.

для этого обозначают на рентгенограмме середины двух интактных позвонков выше и ниже дуги искривления и одного – на вершине дуги искривления, соединяют их линиями и измеряют получившиеся углы.

для этого на рентгенограмме проводят две линии касательные к телам позвонков выше и ниже дуги искривления и от этих касательных проводят перпендикуляры, в месте пересечения перпендикуляров получают угол искривления.

	Какое инструментальное неинвазивное исследование показано ребенку до 3 месяцев при подозрении на врожденный вывих бедра? Кто является автором методики и классификации? Какие инструментальные неинвазивные исследования показаны ребенку с 3 месяцев при подозрении на врожденный вывих бедра? Как изменяется диагностическая ценность ультразвукового метода в отношении врожденного вывиха бедра в течении первого года жизни? Что такое симптом Тренделенбурга и для чего он используется?	до 3-5 месяцев – схема Хильгенрайнера – не предполагает наличия ядра окостенения в головке бедренной кости, с 3-5 месяцев – схема Рейнберга – используется с учетом появившегося ядра окостенения в головке бедренной кости. угол альфа (ацетабулярный индекс) – между линией, касательной к крыше вертлужной впадины и линией Келера, в норме до 30*, высота h – от шейки бедренной кости до линии Келера – на менее 10,0 мм и расстояние d (или c) на линии Келера от вершины угла альфа до высоты h – 10- 15 мм. асимметрия кожных складок (паховых, ягодичных и подколенных), относительное укорочение нижней конечности, ограничение отведения нижней конечности, избыточная наружная ротация стопы. Сразу после рождения ребенка, педиатр-
--	--	--

При каком из известных вам врожденных заболеваний у ребенка формируется «утиная походка», почему?

неонатолог, через 10-14 дней после рождения у ребенка появляется мышечный гипертонус, который затрудняет клиническую диагностику. УЗИ тазобедренных суставов с определением типа строения тазобедренного сустава по Графу.

Каким диагностическим исследованием можно подтвердить наличие синдрома кишечной непроходимости?

УЗИ тазобедренных суставов с определением типа строения тазобедренного сустава по Графу, рентгенограмма ТБС в прямой и аксиальной (по Лаунштейну) проекциях.

Как по рентгенограмме от дифференцировать врожденные высокую и низкую непроходимость?

диагностическая ценность ультразвукового метода в отношении врожденного вывиха бедра не меняется на протяжении первого года жизни.

диагностики врожденного вывиха бедра у детей старше 1 года, при стоянии на одной ноге (пораженной)

Каким исследованием можно подтвердить диагноз пилоростеноза у ребенка? Как оно проводится?

Какое рентгенологическое исследование позволяет подтвердить наличие болезни Гиршпрунга? Что в этом исследовании является патогномоничным для этого заболевания?

В какие сроки у новорожденных развиваются клинические проявления врожденной кишечной непроходимости и пилоростеноза?

наблюдается опускание ягодичной складки (таза) на противоположной стороне. Это также заметно во время ходьбы: компенсация осуществляется за счет бокового наклона туловища в пораженную сторону во время фазы опоры на пораженную ногу.

при врожденном вывихе бедра, опускание таза на стороне, противоположной вывиху также заметно во время ходьбы: компенсация осуществляется за счет бокового наклона туловища в пораженную сторону во время фазы опоры на пораженную ногу – так формируется «утиная походка».

Какие диагностические приемы, позволяют от дифференцировать копростаз (кишечную колику) от острого аппендицита уже на уровне приемного отделения?

Какие контрастные вещества можно использовать для диагностики атрезии пищевода?

Какие вы знаете клинические признаки пилоростеноза?

обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении – определяются множественные горизонтальные уровни жидкости в петлях кишки – «чаши» Клойбера.

на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в вертикальном положении при высокой непроходимости определяются 1-2 «чаши» Клойбера – в желудке и двенадцатиперстной кишке, при низкой – множественные «чаши».

контрастное исследование ЖКТ – используют водорастворимый контраст, реже барий, после введения которого *per os* делают снимки через 20 минут и 3 часа производят два снимка (в вертикальном положении ребенка). В

Какие вы знаете
клинические признаки
болезни Гиршпрунга?

норме контраст должен
эвакуироваться из
желудка, если он там
еще остается,
возможно проведение
повторных снимков
через 6 и 24 часа.

Какое рентгенологическое
исследование проводят
для диагностики атрезии
прямой кишки? Техника
проведения, цель
исследования?

ирригография –
рентгеновское
исследование толстой
кишки с введением
контраста через
прямую кишку,
патогномоничной
является визуализация
перехода узкой и
гладкой
аганглионарной зоны
кишки в
супрастенотическое
расширение.

при врожденной
кишечной
непроходимости
клиника очень активно
развивается на 1 сутки
после рождения,
начало лечения
ребенка со 2 суток уже
чревато
значительными
осложнениями со
стороны дыхательной

системы и общими
осложнениями, при
пилоростенозе же
клинические
проявления
непроходимости
начинаются с 2-3
недели после рождения
ребенка.

Как отличить свищевое
отверстие (например,
промежностный свищ) от

эктопированного ануса?

Какой основной клинический признак наличия ректопузырного или ректоуретрального свища? Будет ли разница клинических проявлений ректопузырного или ректоуретрального свищей?

очистительная клизма, введение спазмолитиков (но-шпа, папаверин)

водорастворимые контрасты – уротраст, веротраст, йодлипола, можно использовать рентгенконтрастный желудочный зонд, не используют бариевую взвесь из-за опасности попадания ее в дыхательные пути и развития ателектазов, инвекционных осложнений.

рвота «фонтаном» (большим объемом и на большое расстояние), возникающая между кормлениями, уменьшения объема выделяемой мочи, редкого, скудного стула, потеря веса ребенком.

значительное вздутие живота, симптом «глины», хроническая интоксикация, значительная потеря веса, хронический запор – часто дети не ходят в туалет без клизмы, который иногда сменяется «парадоксальным поносом» из-за энтерита.

		инвертограмма по Вангенстину, на область предполагаемого заднего прохода лейкопластырем крепят металлический предмет, затем выполняют рентгеновский снимок в боковой проекции в положении ребенка вниз головой, в этом положении контрастируется газ в слепом куполе прямой кишки, измеряют расстояние от металла до вершины купола для определения высоты атрезии. по наличию сфинктера – наличие анального сосочка", перианальной пигментации, определение анального "рефлекса. наличие кала в моче, при ректопузырном свище вся отделяемая моча будет иметь примесь кала, а при ректоуретральном – только первая порция мочи.
	Ситуационные задачи. 1.Больной Р., 5 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, головные боли, одышку, общую слабость. Заболел год назад. На рентгенограммах грудной клетки в верхнемедиальном отделе левого	Эталон ответа: Рентгенологическая картина характерна для неврогенных опухолей средостения. Необходимо провести компьютерную томографию,

легочного поля в проекции заднего сегмента выявляется интенсивная гомогенная, округлой формы с чётким нижненаружным контуром тень – размеры 6х7 см., которая медиальным краем сливается с тенью II – III грудных позвонков. Какой предположительный диагноз? Какие методы исследования нужно провести? Тактика?

пневмомедиастинографию. При отсутствии абсолютных противопоказаний необходимо больного оперировать – удалить опухоль.

У новорожденного Н. медперсонал обратил внимание на ярко красное образование 5х4 см в области лобка со спонтанным выделением мочи из этой области. Поставьте диагноз. Каков генез заболевания? Нужны ли дополнительные методы исследования? Эталон ответа: Экстрофия мочевого пузыря. Врожденное заболевание – результат недоразвития каудального конца эмбриона. Дополнительные исследования нужны для исключения врожденной патологии соседних органов (сочетанных пороков).

2. Больной 15 лет, поступил с жалобами на тошноту, слабость, умеренные боли в животе. Со слов больного, 4 суток назад вечером появились боли в эпигастрии, тошноту. Появление вышеперечисленных болей, больной связывает с употреблением недоброкачественных продуктов и поэтому лечился самостоятельно. К утру боли несколько стихли и стали локализоваться в правой подвздошной области. Больной продолжил самолечение. Однако в связи с ухудшением состояния здоровья, появление тошноты, вздутие живота, повышение температуры тела, больной обратился за медицинской помощью. При физикальном обследовании:

с учетом, анамнеза заболевания (начало заболевания – боли в эпигастрии и потом в правой подвздошной области – симптом Кохера), клиники воспалительного процесса в брюшной полости можно заподозрить у больного перитонит, вероятно вследствие деструктивного аппендицита. Для уточнения диагноза необходимо провести лапароскопическое исследование.

лицо заострено, пульс 90 в 1 минуту, температура тела –39,8 градусов. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. В отлогих местах – притупление. При УЗИ определяется свободная жидкость в животе.

Ваш предположительный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз? Какие инструментальные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. В хирургическом отделении находится на лечении больная Б., 14 лет, которой 5 дней назад была произведена операция - аппендэктомия - по поводу гангренозного аппендицита, тифлита, местного перитонита. Брюшная полость была ушита наглухо, хотя культю отростка надежно погрузить не удалось в связи с явлениями тифлита. После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться, к вечеру до 38-39,5. Появились боли внизу живота, тенезмы. Тошноты рвоты нет, аппетит несколько снижен. При исследовании per rectum определяется: зияние ануса, нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. При исследовании per vaginam: нависание заднего свода влагалища, резкая болезненность при смещении матки.

Поставьте предварительный диагноз. В чем вы видите наиболее вероятную причину возникновения заболевания? Какие ошибки были допущены хирургом во время оперативного вмешательства? Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.

абсцесс Дугласова пространства (отграниченный перитонит). В данном случае возникновение осложнения можно связать с дефектом оперативного пособия, при явлении воспаления купола слепой кишки и ненадежном погружении культи червеобразного отростка хирург должен был подвести отграничивающий тампон к месту вмешательства, а также дренировать брюшную полость перчаточнo-трубчатым дренажем. Общий анализ крови - наблюдается высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Общий анализ мочи - появление лейкоцитов, неизмененных эритроцитов.

Надежным и достаточно недорогим методом исследования который помогает поставить диагноз абсцесса Дугласова пространства является метод УЗИ особенно при наполнении мочевого пузыря и создании сонографического окна. Поставить диагноз абсцесса Дугласова пространства, особенно при малых количествах гноя, помогает исследование с использованием ректального или вагинального датчика. КТ или МРТ, также являются

достаточно точными методами в постановке топического диагноза гнойных полостных образований, но являются дорогостоящими и не везде доступными методами. Надежным и достаточно простым методом диагностики абсцесса Дугласова пространства является получение гноя во время диагностической пункции через задний свод влагалища.

напряженный
пиопневмоторакс.

4. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?

абсцесс легкого после дренирования.

5. Состояние больного тяжелое, одышка, лихорадка. На рентгенограмме полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции верхней доли справа. Какой наиболее вероятный диагноз?

плащевидный плеврит.

6. На рентгенограмме вуалеподобное затемнение правой половины

грудной полости наиболее вероятный диагноз?	Пноторакс.
8. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Наиболее вероятный диагноз?	простой пневмоторакс
9. На рентгенограмме горизонтальный уровень жидкости, частично коллабированное легкое без смещения средостения. Наиболее вероятный диагноз?	нагноившаяся киста легкого.
10. Ребенок высоко лихорадит. На рентгенограмме - тонкостенная полость с уровнем жидкости без перифокальной реакции. Ваш диагноз?	напряженный пиопневмоторакс.
11. При осмотре рентгенограммы пациента с ОГДП врач видит горизонтальный уровень жидкости, полностью коллабированное легкое со смещением средостения в непораженную сторону. Ваш диагноз?	диагностическая пункция с последующим отправлением пунктата на посев и гистологическое исследование.
12. Рентгенологически выявлен очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Жалоб нет. анализ крови в пределах нормы. Какое диагностическое мероприятие необходимо провести?	флегмона подкожной жировой клетчатки.
13. У ребенка 7 лет в области бедра имеется участок воспалительной инфильтрации без четких границ с флюктуацией в центре. Ваш диагноз?	Карбункул.
14. У ребенка 10 лет на задней поверхности шеи резко болезненный инфильтрат, в центре 3 гнойных	рожистое воспаление.

	стержня. Ваш диагноз? 15. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко красного цвета с резко очерченными фестончатыми краями. тенденция к распространению. Ваш диагноз? 16. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика, по краю ногтя гной. Ваш диагноз? 17. У ребенка на второй день после укола кончика пальца дергающие боли. Под ногтем гной. Ваш диагноз? 18. На какой день заболевания следует ожидать появления рентгенологических признаков при костном панариции у ребенка 12 лет? 19. У ребенка 2 мес в области поясницы определяется отечное багрового цвета образование с кратерообразным углублением в центре. Ваш диагноз? 20. При осмотре ребенка 3 недель в области пупка кожа гиперемирована, инфильтрирована. пупочная ранка в виде ранки, покрытой фибринозным налетом. При надавливании выделяется гной. Ваш диагноз? 21. У ребенка на рентгенограмме выявлено 6 позвонков в поясничном отделе позвоночника, между 1 и 2 крестцовыми позвонками присутствует хрящевой диск. Как называется такая особенность, какие возможны осложнения?	Паронихий. подногтевой панариций. на 7-9 день от начала заболевания начальная стадия некротической флегмоны новорожденных. флегмонозный омфалит это люмбализация, в дальнейшем возможны нарушения осанки в виде сколиоза (диспластический вариант) из-за гиперподвижности поясничного отдела позвоночника.
--	--	--

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов

	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения	75 с эталонами ответов
--	--	------------------------

ПК-6	Задания закрытого типа Инструкция: выберите один правильный ответ. 1. Характерным симптомом для срединных кист шеи является: А) боли при глотании; Б) смещаемость кисты при глотании; В) расположение над яремной ямкой; Г) плотная консистенция; Д) периодическое исчезновение. 2. Для боковых кист шеи характерны: А) болезненность при пальпации; Б) истончение кожи над образованием; В) расположение над яремной веной; Г) расположение по внутреннему краю кивательной мышцы; Д) плотная консистенция. 3. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать А) с лимфангиомой; Б) периоститом нижней челюсти; В) лимфаденитом; Г) флебэктазией яремной вены; Д) дермоидной кистой. Эталон ответа: Б 4. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является: А) тошнота и рвота; Б) подъем температуры; В) эластическое выпячивание в паховой области; Г) боли в животе; Д) плохой аппетит. 5. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить: А) с орхитом; Б) с водянкой оболочек яичка;	Б Г Б В Б
------	---	--

	В) с варикоцеле; Г) с перекрутом гидатиды Морганьи; Д) с орхоэпидидимитом.	
	6. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является: А) появление припухлости в одной половине мошонки; Б) ухудшение общего состояния; В) подъем температуры; Г) резкая болезненность; Д) гиперемия мошонки	А
	7. Наиболее характерным признаком кисты элементов семенного канатика является: А) отечность в паховой области; Б) гиперемия в паховой области; В) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко; Г) резкая болезненность; Д) расширение наружного пахового кольца.	В
	8. Из перечисленных симптомов наименее характерным для пупочной грыжи являются: А) расширение пупочного кольца; Б) в покое легко вправляется; В) частое ущемление; Г) в покое трудно вправляется; Д) выпячивание чаще появляется при беспокойстве.	В
	9. Для грыжи белой линии живота наиболее характерным является: А) наличие апоневротического дефекта по средней линии; Б) приступообразные боли в животе; В) тошнота и рвота; Г) диспептические явления; Д) гиперемия и припухлость.	А
	10. Наиболее характерным симптомом бедренной грыжи у детей является А) боли в паховой области; Б) тошнота и рвота; В) хронические запоры; Г) эластическое выпячивание ниже пупартовой связки;	Г

	Д) необоснованный подъем температуры. 11. Характерным симптомом для порока развития поверхностных А) вен является боль; Б) варикозное расширение вен; В) атрофия мягких тканей; Г) симптом губки; Д) флеболиты. 12. Для пороков развития глубоких вен характерно: А) наличие варикозного расширения вен Б) трофические расстройства; В) гипертрофия и утолщение пораженной конечности; Г) атрофия пораженного органа; Д) наличие флеболитов. 13. Наиболее характерным для стафилококковой инфекции у детей является: А) высокая чувствительность к антибактериальным препаратам; Б) быстрая адаптация к лекарственным препаратам; В) малая распространенность в окружающей среде; Г) стертость клинических проявлений; Д) редко развивается антибиотикорезистентность. 14. У ребенка 13 лет в области шеи воспалительный инфильтрат диаметром 1 см, с участком гнойного некроза на верхушке. Состояние средней тяжести. Эта картина соответствует: А) для фурункула; Б) для карбункула; В) для флегмоны; Г) для фурункулеза; Д) для псевдофурункулеза. 15. У ребенка 7 лет в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:	Б В Д А Г
--	--	--

	А) фурункул; Б) карбункул; В) флегмона; Г) рожистое воспаление; Д) абсцесс подкожной клетчатки. 16. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз: А) фурункулез; Б) псевдофурункулез; В) абсцесс подкожной клетчатки; Г) флегмона; Д) рожистое воспаление. 17. У ребенка покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя определяется гной под кожей. Диагноз: А) паронихий Б) кожный панариций; В) флегмона; Г) абсцесс; Д) подкожный панариций. 18. У ребенка 14 лет пульсирующие боли в области кончика пальца в течение 3-х дней. Местно: отек, гиперемия кожи. Движения в суставе ограничены. Резкая боль при пальпации. Гипертермия. Клиническая картина соответствует: А) паронихию; Б) кожному панарицию; В) подкожному панарицию; Г) подногтевому панарицию; Д) костному панарицию. 19. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз: А) флегмона кисти; Б) кожный панариций; В) подкожный панариций; Г) костный панариций; Д) сухожильный панариций.	Б А В А
--	--	-------------------------------------

	20. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести: А) к обрывному; Б) к затяжному; В) к молниеносному; Г) к хроническому; Д) к септикопиемическому. 21. У ребенка, перенесшего острый гематогенный остеомиелит, прошло 10 мес. после выписки. Местно: свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме секвестр. Указанный вариант течения относится: А) к обрывному; Б) к затяжному; В) к молниеносному; Г) к хроническому; Д) к септикопиемическому. 22. При измерении внутрикостного давления при подозрении на острый гематогенный остеомиелит за норму принимается уровень: А) ниже 90 мм. водн.ст.; Б) 96-122 мм. водн. ст.; В) 122-140 мм. водн. ст.; Г) 140-160 мм. водн. ст.; Д) 160-180мм. водн.ст. 23. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз: А) гипоплазия легкого; Б) аплазия легкого В) агенезия легкого; Г) ателектаз; Д) буллы.	В Г Б Б
--	--	-------------------------------------

	24. При обследовании ребенка обнаружено отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, смещение средостения вправо. На рентгенограмме тотальное затемнение справа со смещением органов средостения в большую сторону. При бронхоскопии сужены долевыми бронхи. Наиболее вероятный диагноз: А) бронхоэктазия; Б) агенезия легкого; В) аплазия легкого; Г) гипоплазия легкого; Д) ателектаз. 25. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно справа коробочный звук. На рентгенограмме справа увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе справа треугольная тень, прилегающая к тени средостения. Средостение смещено влево со снижением прозрачности левого легкого. Диагноз: А) киста легкого; Б) лобарная эмфизема; В) напряженный пневмоторакс; Г) гипоплазия легкого; Д) агенезия легкого.	Г Б
	Задания открытого типа. Задания на дополнение: 1. Пищевод Барретта - это _____ слизистой пищевод Инструкция: вставьте одно слово. При врожденной эмфиземе наиболее часто поражается _____ доля слева; 2. Для больного с _____ легкого характерно тяжелое состояние, одышка, высокая лихорадка. На рентгенограмме грудной клетки определяется полость с уровнем жидкости и перифокальной реакцией в проекции легкого.	Эталон ответа: метаплазия. верхняя. абсцессом.

	3.. Врожденные солитарные кисты легких чаще всего встречаются в _____ правого легкого. 4. Для высоко лихорадящего ребенка с наличием тонкостенного округлого образования с уровнем жидкости без перифокальной реакции на рентгенограмме грудной клетки наиболее вероятный диагноз _____ легкого. 5. _____ является злокачественной опухолью средостения у детей. 6. Нейрогенные опухоли локализуются в _____ средостении. 7. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются в верхнем отделе _____ средостения; 8. Тератодермоидная опухоль чаще всего локализуется в _____ средостении; 9. Под болезнью гастро-эзофагеального рефлюкса понимают симптомокомплекс, являющийся следствием агрессивного воздействия _____ содержимого. Эталон ответа: рефлюксного. Вопросы для собеседования: Какой симптом является	верхней доле. нагноившаяся киста. Симпатогониома заднем. центрального. переднем. пищеводная рвота.
--	---	---

	ведущим при ахалазии пищевода?	
	Вопросы для собеседования. 1.Какой симптом является ведущим при врожденном коротком пищеводе? 2. На каком уровне пищевода чаще всего встречаются врожденные стенозы? 3.Какие виды диафрагмальных грыж встречаются чаще всего у детей старшего возраста? 3.С каким заболеванием следует дифференцировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы? 4.Какое заболевание чаще всего приводит к парциальному пневмотораксу у детей раннего возраста? 5.Какие врожденные деформации грудной клетки чаще всего диагностируются у детей? 6.При каких диспластических синдромах чаще всего диагностируется воронкообразная деформация грудной клетки? 7.Марфана и Эллерса-Данло. Какие симптомы характерны для врожденной воронкообразной деформации грудной клетки? Эталон ответа:	Эталон ответа: дисфагия на уровне нижней трети пищевода грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. с халазией пищевода. буллезная форма легочной деструкции. воронкообразные. при синдромах западение грудины и прилегающих участков ребер, одышка при незначительных физических нагрузках, общая слабость, перебои в работе сердца, снижение массы тела.

	8.Какие симптомы характерны для правостороннего гемоторакса у детей? 9.Дайте определение понятию «скрытый половой член». 10.Какие клинические проявления не характерны для перекрута гидатиды яичка? 11.Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме. 12.Какой основной симптом, определяемый макроскопически, является наиболее характерным для эпителиального копчикового хода? 13Какой вид свища наиболее часто встречается при атрезии прямой кишки у детей? 14.Наиболее характерными сроками появления запора при болезни Гиршпрунга у детей являются? 15Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести: 16.В какой области наиболее часто локализуется болевой симптом у урологического	одышка, боли в области грудной клетки, притупление перкуторного звука над правой половиной грудной клетки, смещение границ сердца влево при перкуссии, ослабление или отсутствие дыхания справа при аускультации. половой член нормальных возрастных размеров, погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки. тяжелая интоксикация и лихорадка пупочная. короткий ход в межягодичной складке, проникающий в подкожную клетчатку. ректовестибулярный свищ. до 6 мес пальцевое исследование прямой кишки. в поясничной области.
--	---	--

	больного? 17.Какое заболевание может вызвать двустороннюю макрогематурию у детей? 18.Для какого порока развития почек и мочеточника у детей характерен синдром почечной колики? 19.Ведущим симптомом нефроптоза у детей является: Эталон ответа: болевой синдром. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают: 20.В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы: 21.Мочевыделительная функция у новорожденного 10 дней характеризуется: 22.Наиболее характерным симптомом для камня уретры является: 23.Полным недержанием мочи сопровождается: 24.Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен для: 25.Нарастающая припухлость в поясничной области характерна: 26. Основными симптомами внутрибрюшинного разрыва	острый гломерулонефрит перемежающийся гидронефроз. при мочекаменной болезни. отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки. урежением мочеиспускания. гематурия. клапаны задней уретры. клапана задней уретры. для нефроптоза. перелом костей таза, острая задержка
--	---	---

	мочевового пузыря у детей является: 27.Потогномоничным симптомом полного разрыва уретры у детей является 28.Для паховой эктопии яичка характерно: 29.Наиболее распространенным видом врожденной аномалии пищевода у новорожденных является: 30.Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаящий наличие нижнего трахео-пищеводного свища: 31.Нехарактерным для изолированного трахеопищеводного свища симптомом является: 32.Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является: 33.Характер рвоты при пилоростенозе: 34.Наиболее достоверным для разлитого перитонита симптомом у новорожденного является: 35.Дыхательная недостаточность у новорожденного чаще всего вызвана:	мочи. гематурия. яичко не пальпируется. атрезия пищевода с нижним трахео-пищеводным свищом. запавший живот пенистые выделения изо рта. рвота «фонтаном». створоженным молоком. отек, гиперемия брюшной стенки. заболеванием легких.
--	---	---

	36.Для опухоли Вильмса наиболее характерным симптомом является: 37.Среди классических причин проявлений геморрагического синдрома новорожденного наиболее часто встречается: 38.Наиболее достоверным клиническим признаком врождённого вывиха бедра у младенца является: 39.Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется: 40.Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются: 41. При операции по поводу паховой грыжи у девочки в содержимом грыжевого мешка обнаружено яичко. В данном клиническом случае о каком пороке может идти речь? 42.Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является:	пальпируемое образование брюшной полости нарастающая кефалогематома. ограничение разведения бедер. усиление болей при расположении на левом боку напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность. о синдроме тестикулярной феминизации. обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.
	Ситуационные задачи: 1. Больной 12 лет направлен в приемное отделение детской больницы с диагнозом: левосторонний травматический орхит. Анамнез: за сутки до поступления в больницу на уроке физкультуры занимался на перекладине и почувствовал резкую боль в мошонке, через 2 часа появились гиперемия и отек левой ее половины. При осмотре яичко увеличено, плотное, резко болезненное, слегка подтянуто к корню мошонки. Произведена	диагностику следует провести с перекрутом гидатиды и перекрутом яичка.

	пункция левой половины мошонки: получено небольшое количество прозрачной жидкости. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? 2.Ребенок 3 лет поступает в стационар в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией. Живот вздут, мягкий, безболезнен. В анамнезе хронические запоры. Задержка стула 7 дней. Какое заболевание наиболее вероятно у ребенка? 3.У ребенка 6 лет при пальпации обнаружено опухолевидное образование в нижних отделах живота, умеренное, подвижное, безболезненное, тестоватой консистенции. В анамнезе — хронические шпоры. Какой наиболее вероятный диагноз? 4.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°C. Состояние ребенка средней тяжести. Какая наиболее вероятная у него форма неспецифического язвенного колита? 5.У ребенка на протяжении полугода дважды отмечено выделение слизи, крови и гноя из прямой кишки на фоне нормального стула. При этом отмечались незначительные приступообразные боли в животе. Температура субфебрильная. О каком заболевании в этом случае следует думать?	болезнь Гиршпрунга копростаз подострая. о первично-хронической форме неспецифического язвенного колита.
--	---	---

	6. 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. Какой диагноз позволяет установить клиническая картина? 7. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является? 8. У ребенка 6 лет, оперированного по поводу атрезии прямой кишки, наблюдается периодическое недержание жидкого кала. Какая степень недостаточности анального жома определяется? 9. У ребенка 8 лет, оперированного по поводу болезни Гиршпрунга по методике Дюамеля, наблюдается постоянное недержание жидкого и плотного кала. Какая степень недостаточности анального жома? 10. У ребенка выпадение прямой кишки наблюдается при акте дефекации и умеренной физической нагрузке (напряжении). Требуется вправление выпавшей кишки. В этом случае стадию выпадения следует расценить как? 11. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика. В этом случае какую форму болезни Гиршпрунга можно предположить? 12. У ребенка 1 года хронический	неспецифического язвенного колита. трещина заднего прохода первая. третья. декомпенсированную. острую.
--	--	--

	запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае какую форму болезни Гиршпрунга следует предположить? 13. У ребенка 1 месяца с рождения отмечается срыгивание после кормления, учащающееся при плаче, положении на спине; в рвотных массах иногда примесь слизи и прожилки крови. О каком заболевании идет речь? 14. У ребенка 1,5 месяцев выражен симптом срыгивания, плохо набирает вес, часто болеет пневмониями, бронхитами, в рвотных массах примесь слизи и крови, беспокойство во время кормления, симптом покашливания во сне. О каком заболевании идет речь? 15. У ребенка 7 дней внезапно ухудшилось состояние: беспокойство, повторная рвота желчью, затем исчезновение стула, кровь в стуле, болезненность при пальпации живота, страдальческое выражение лица. О каком заболевании идет речь? 16. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в	подострую. халазия, эзофагит грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; заворот кишечника. синдром Ледда.
--	---	--

	эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз? 17. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, синюшная окраска нижней половины туловища, срыгивание. Наиболее вероятный диагноз? 18. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятна: 19. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз: 20. У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезнен. Наиболее вероятный диагноз:	перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум. атрезия хоан. инвагинация кишечника. язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки
--	--	---

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК- 8	Задания закрытого типа	с эталонами ответов

	Задания открытого типа: (выбрать необходимое) Ситуационные задачи Вопросы для собеседования Задания на дополнения (не более 10)	с эталонами ответов
--	---	---------------------

ПК-8	Задания закрытого типа Инструкция: выберите один правильный ответ 1. Адьюванты предназначены для а) усиление иммунного ответа б) индуцирование иммунной толерантности в) блокировка тучных клеток для высвобождения гистамина г) повышение хемотаксиса нейтрофилов д) увеличение продукции интерферона фибробластами 2. В результате вакцинации формируется иммунитет а) естественный активный б) естественный пассивный в) искусственный активный г) искусственный пассивный 3. Гуморальные факторы, обладающие выраженной противовирусной активностью и способностью подавлять репликацию вируса в зараженной клетке а) дефензины б) лактоферрины в) натуральные-киллеры г) интерфероны д) кинины 4. Интерфероны применяются для а) диагностики инфекционных заболеваний б) коррекции кишечной микрофлоры в) специфической профилактики бактериальных инфекций г) лечения вирусных заболеваний д) фаготипирования штаммов 5. В состав пробиотиков входят а) представители нормофлоры б) вакцинные штаммы в) бактериофаги	Эталон ответа: А В Г Г
------	---	---

	г) аллергены д) иммуноглобулины	A
	6. Антитоксические сыворотки содержат а) анатоксины б) токсины бактерий в) антитела против токсинов г) анафилотоксины д) антитела против бактерий	B
	7. К м-холинергическим средствам относится а) суksamетоний б) тербуталин в) доксазозин г) атропин д) норэпинефрин	Г
	8. Вазоконстрикторным действием обладает а) норэпинефрин б) сальбутамол в) фенотерол г) карведилол д) сальметерол	A
	9. Местный анестетик, содержащий в молекуле парааминобензойную кислоту, которая является причиной анафилактической реакции а) лидокаин б) бупивакаин в) прокаин г) артикаин д) мепивакаин	B
	10. Антибиотик из группы гликопептидов, влияющий на резистентный стафилококк с измененной транспептидазой (метициллинрезистентный стафилококк) а) бензатинбензилпенициллин б) цефуроксим в) имипенем г) ванкомицин д) цефтриаксон	Г
	11. Два основных фармакологических свойства — токсичностью и узкой широтой	

	терапевтического действия — обладают а) тетрациклины б) бета-лактамы в) линкозамины г) аминогликозиды д) фторхинолоны	Г
	12. Влияет только на анаэробную флору (спорообразующую и неспорообразующую) а) метронидазол б) амоксициллин в) ципрофлоксацин г) амикацин д) азитромицин	А
	13. При ноцицептивной боли используется а) габапентин б) карбамазепин в) диклофенак г) клонидин д) тизанидин	В
	14. Антигистаминное средство с отсутствующим седативным действием а) лоратадин б) дифенгидрамин в) хлоропирамин г) прометазин д) доксиламин (донормил)	А
	15. Инструкция: выберите один правильный ответ. Фармакотерапия, направленная на устранение причины болезни, называется: а) симптоматическая б) этиотропная в) заместительная г) патогенетическая	Б
	16. Фармакотерапия, направленная на устранение отдельных признаков болезни, называется: а) патогенетическая б) этиотропная	

	в) симптоматическая г) заместительная	
	17. Фармакотерапия, направленная на процесс развития болезни называется: а) профилактическая б) заместительная в) патогенетическая г) этиотропная д) симптоматическая	В
	18.Инструкция: выберите один правильный ответ. Масляные растворы нельзя вводить: а) внутримышечно б) внутривенно в) ингаляционно г) подкожно	В
	19.Суспензии нельзя вводить: а) внутрь б) внутривенно в) внутримышечно г) внутрисуставно	Б
	20. Инструкция: выберите один правильный ответ. Показания к применению бриллиантового зеленого: а) текущая дезинфекция б) обработка мединструментов в) лечение гнойничковых заболеваний кожи г) лечение ожогов	Б
	21.Спиртовой раствор йода применяют для: а) обработки операционного поля и рук хирурга б) обработки краев раны в) дезинфекции мединструментов	В
	22. Для обеззараживания выделений инфекционных больных применяют: а) ксероформ б) фурацилин в) хлорамин Б г) нашатырный спирт	Б

	23.. Этиловый спирт в концентрации 70 % применяют: а) для обработки слизистых оболочек, лечения гнойных ран, ожогов б) для обеззараживания рук, операционного поля в) для обеззараживания медицинских инструментов и предметов ухода 24.. Антисептик, противопоказанный детям грудничкового возраста: а) борная кислота б) фурацилин в) перманганат калия г) бриллиантовый зеленый 25. Инструкция: Выберите несколько правильных ответов. Парентеральные пути введения: а) в мышцу б) внутрь в) в вену г) в прямую кишку д) под кожу	В Б А А,В,Д
	Задания открытого типа: Задания на дополнения. <i>Инструкция: вставьте одно слово.</i> Усиление фармакологического эффекта при совместном применении лекарственного вещества называется _____ Из пенициллинов при инфекциях вызванных синегнойной палочкой и протеем (пиелонефрите, пневмонии, септицемии, перитоните) эффективен _____	Эталон ответа: Синергизм Карбенициллин

	Антибиотик _____ вызывает нарушение роста трубчатых костей и развитие зубной эмали у детей. К какой группе антибиотиков относится сумамед - _____ Фурадонин применяют при инфекциях _____ путей Для лечения _____ поражения влагалища, ж-к-т и ротовой полости первично используется нистатин Новокаин: эффективен для проводниковой и инфильтрационной анестезии, имеет _____ токсичность, длительность действия при инфильтрационной анестезии 50-60 минут Лидокаин: анестезирующая активность _____, чем у новокаина Адреналин _____ действие местных анестетиков Побочный эффект лидокаина - _____ АД до коллапса	Тетрациклин Макролиды Мочевыводящих кандидозного, грибкового низкую Выше усиливает, потенцирует снижение
	Вопросы для собеседования. Дайте определение понятию идиосинкразия. Акушерский парез верхней конечности - основные принципы медикаментозного лечения.	Эталон ответа: Идиосинкразия – это извращенная реакция организма на введение (даже однократное) лекарственного вещества В комплекс терапевтических мероприятий при акушерских параличах включаются массаж и физиотерапия. Отмечается положительный эффект тепловых методов

		физиотерапии (парафин, горячие укутывания). Также применяется электрофорез с антихолинэстеразными препаратами и спазмолитиками, тропными к сосудам головного и спинного мозга. В системной медикаментозной терапии используются ингибиторы холинэстеразы и витамины группы В. Показано наружное применение рассасывающих ферментных препаратов.
	О чем в первую очередь необходимо думать при снижении показателей эритроцитов и гемоглобина у ребенка 14 лет с переломом средней трети бедренной кости? Ваши действия.	Необходимо думать о посттравматическом кровотечении, растущей гематоме. Необходимо начать лечение гемостатиками (дицинон, аминакапроновая кислота), провести гемотрансфузию, определить показания для дренирования гематомы.
	Неотложная помощь при острой ожоговой травме.	Необходимо прекратить действие травмирующего фактора, вынести пострадавшего из очага возгорания, освободить от тлеющей одежды, если она не прилипла к коже, на обожженные поверхности наложить асептические повязки, охладить их, дать обезболивающие препараты и как можно скорее транспортировать в стационар.
	Принципы коррекции ожогового шока.	Необходимо начать в/в капельное введение глюкозо-солевых растворов для восполнения ОЦК в должном объеме, рассчитанном, например, по формуле Уоллиса $V = 3 m \text{ (кг)} \times S \text{ (\%)}$, эффективны препараты крови (плазма, альбумин, протеин). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксibuтират натрия. При

		тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока — эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал).
	Опишите закрытый метод лечения ожоговых ран.	Чаще всего используют закрытый способ - для лечения ожогов I – IIIA степени применяют повязки с различными лекарственными веществами (мазевые – левомеколь, левосин, влажно-высыхающие повязки с антисептиками – водный хлоргексидин, мирамистин). Лечение ожогов IIIB и IV степени направлено на ускорение отторжения некротических тканей (некротическая терапия с использованием протеолитических ферментов и химических некротических веществ: траваз, 40% салициловая мазь).
	Опишите открытый метод лечения ожоговых ран.	Открытый способ лечения основан на образовании сухого струпа (УФО, 5% раствор перманганата калия, спиртовой раствор бриллиантового зеленого, аэротерапевтические установки и др.). Этот способ применяется в специализированных ожоговых центрах в основном при ожоге лица, шеи, промежности, где повязки затрудняют уход
	Какие лекарственные средства используют для лечения болезни Легга-	Наибольший сосудорасширяющий эффект у

	Кальве- Пертеса? Какими лекарственными препаратами и в каких условиях осуществляют медикаментозное лечение несовершенного остеогенеза у детей? Назовите медикаментозное лечение некротической флегмоны новорожденных Опишите местное лечение	детей получен от никотиновой и аскорбиновой кислоты, что подтверждено капилляроскопией. Поэтому со II до V стадии следует применять указанные средства, чередуя их и делая перерывы на 1—1,5 мес. На протяжении всего периода лечения детям дают комплексы витаминов. Применяют парафин, озокерит (t 35—38°C), грязевые аппликации, горячие ванны и укутывания. используют препараты группы бисфосфонатов откладываясь в кость, участвуют в процессах минерализации кости, оказывая торможение процессов костной резорбции, влияя на активацию и продолжительность жизни зрелых остеокластов. На сегодня во всем мире принята практика инициации терапии бисфосфонатами в специализированных центрах врачами, имеющими опыт диагностики и лечения метаболических заболеваний скелета, которая может быть продолжена в обычных стационарах, однако пациенты все равно должны периодически наблюдаться в специализированных центрах для регулярного обследования и видоизменения терапии. Используют так же препараты витамина D. . лечение включает: антибиотики широкого спектра действия, устойчивые к стафилококковой пенициллинназе, дезинтоксикационную терапию – в/в капельные инфузии с контролем диуреза, иммуностимулирующую терапию (иммунал), рациональное вскармливание Местное лечение имеет
--	--	--

	некротической флегмоны новорожденных. Какие антибиотики целесообразно использовать при рожистом воспалении? Назовите медикаментозное лечение идиопатической гангрены новорожденных.	особенное значение в первые часы-сутки после оперативного вмешательства. Смена повязок проводится каждые 6 часов до констатации регрессии очага (уменьшения по площади). Во время каждой процедуры выполняется разведение всех насечек поперек их оси, туалет, повязки с сернокислой магнезией, димексидом в разведении 1:3 – 1:4. В последующем кратность перевязок уменьшается, проводятся физиопроцедуры (токи УВЧ, УФО). При распространении патологического процесса за крайние насечки выполняется до вскрытия флегмоны. При большой открытой раневой поверхности возможно использование протеолитических ферментов (трипсин) для очищения раны. Так как стрептококк – возбудитель рожистого воспаления – не выработал какой-либо устойчивости к антибиотикам, достаточно будет незащищенных пенициллинов (ампициллин), в условиях стационара возможно использование цефалоспоринов 1-3 поколения (цефазолин). Поскольку возбудителями идиопатической гангрены новорожденных являются как золотистый стафилококк, так и грамм-отрицательные микроорганизмы (синегнойная палочка) и анаэробы (пептококки), а так же микст-инфекция, лечение должно состоять из комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил).
--	--	--

	Медикаментозное лечение лимфаденита и в каких случаях необходимо его хирургическое лечение?	в этиологии лимфаденита – миксты вирусов и грамм-положительных (чаще) бактерий, следовательно целесообразно будет назначить комбинацию противовирусного препарата (анаферон, циклоферон, рпмантадин и т.п.) и антибиотик широкого спектра действия (амоксиклав). Симптоматически используют НПВС (нурофен). Хирургическое лечение требуется если произошло абсцедирование лимфоузла, определяется флюктуация, выполняют вскрытие и дренирование гнойника.
	Принципы медикаментозного лечения токсической (адинамической) формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?	В отделении реанимации или интенсивной терапии проводят противошоковое лечение – начинают в/в капельное введение глюкозо-солевых растворов для восполнения ОЦК в должном объеме, эффективны препараты крови (плазма, альбумин, протеин). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксибутират натрия. При тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока – эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал). В/в, в/м вводят антибиотики: линкомицин, гентамицин, цефтриаксон, канамицин, цефалексин, амикацин, цiproфлоксацин, офлоксацин, тиенам. При подозрении на анаэробную инфекцию дополнительно назначают метронидазол,

		клиндамицин. Противомикробная терапия может продолжаться в течение 1-2 месяцев, поэтому должна сочетаться с противогрибковым лечением. С этой целью применяют дифлюкан.
	Принципы медикаментозного лечения общей (септикопиемической) формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?	Если состояние пациента средней тяжести, лечение в хирургическом стационаре, если тяжелое – в отделении реанимации млм ПИТе. Оно включает коррекцию как общего состояния – восполнение ОЦК, дезинтоксикационная терапия, седативные препараты (феназепам), глюкокортикоиды, так и местное лечение – антибиотики широкого спектра (амоксиклав), анальгетики (нурофен), при стабилизации состояния пациента – остеоперфорация, применение проточно-промывной системы.
	Принципы медикаментозного лечения местной формы острого гематогенного остеомиелита, в условиях какого отделения проводят лечение?	Лечение в условиях хирургического стационара, направлено на местные проявления заболевания - антибиотики широкого спектра (амоксиклав), анальгетики (нурофен), при стабилизации состояния пациента – остеоперфорация, применение проточно-промывной системы.
	Какая медикаментозная терапия показана при остром аппендиците, какая противопоказана?	При выраженной интоксикации показаны в/в капельные инфузии под контролем диуреза, в том числе и для предоперационной подготовки, целесообразно введение антибиотиков широкого спектра действия (амоксиклав). Для дифференциальной диагностики с кишечной коликой в/м вводят спазмолитик (но-шпа) в сочетании с очистительной клизмой. Противопоказано

	Медикаментозное лечение некротического энтероколита (НЭК).	введение анальгетиков (нурофен). начинать внутривенное введение жидкости по 70-80 мл/кг в день с поддержанием в инкубаторе повышенной влажности (60-80%) для снижения неощутимых потерь жидкости и развития гиповолемии; полное парентеральное питание следует начинать с первого дня, во избежание замедления роста, и быстро увеличивать объем, по мере переносимости. Антибиотикотерапия должна включать комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил). при ДВС – синдроме проводится переливание свежзамороженной плазмы 10-15 мл/кг, витамин К (викасол). Лечение болевого синдрома проводится наркотическими анальгетиками. Используют седативные препараты (диазепам).
	Медикаментозное лечение перитонита новорожденных.	начинать внутривенное введение жидкости по 70-80 мл/кг в день с поддержанием в инкубаторе повышенной влажности (60-80%) для снижения неощутимых потерь жидкости и развития гиповолемии; полное парентеральное питание следует начинать с первого дня, во избежание замедления роста, и быстро увеличивать объем, по мере переносимости. Антибиотикотерапия должна включать комбинации защищенных пенициллинов широкого спектра действия (амоксиклав), цефалоспоринов 3 поколения и старше (цефтазидим) или ципрофлоксацина и метронидазола (метрогил). при

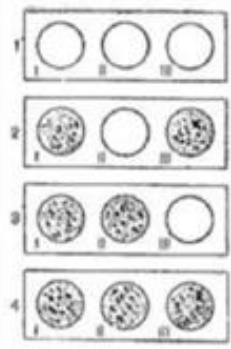
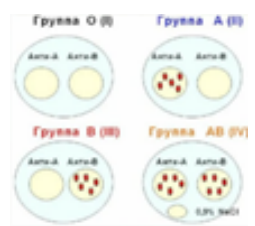
		ДВС – синдроме проводится переливание свежемороженой плазмы 10-15 мл/кг, витамин К (викасол). Лечение болевого синдрома проводится наркотическими анальгетиками. Используют седативные препараты (диазепам).
	Дезинфекция, предстерилизационная обработка и стерилизация инструментов и резиновых изделий.	дезинфекция является комплекс мер, которые направлены на уничтожение возбудителей инфекционных болезней и разрушение на объектах внешней среды токсинов. Для проведения дезинфекции чаще всего применяют химические вещества, к примеру, гипохлорит натрия либо формальдегид, растворы органических веществ, которые наделены дезинфицирующими свойствами: хлоргексидин, надуксусная кислота. Дезинфекция позволяет уменьшить число микроорганизмов до вполне приемлемого уровня, но полностью их может и не уничтожить. Является одной из разновидностей обеззараживания.
	Перечислите препараты, используемые для обработки рук хирурга.	для обработки рук применяют следующие растворы антисептиков: первомур С-4 (2,4% или 4,8%), церигель, хлоргексидина биглюконат (гибитан), септоцид, «фори-септ»
	Назовите и опишите способы обработки операционного поля.	гигиенический душ, сбривание волос без мыла на сухую кожу (делается не позже, чем за час до операции), обработка 70% спиртом, очерчиваем зону операционного поля больше на см 15, затем от линии разреза к периферии по радиусам обрабатывают антисептиков два раза, ОП отгораживают

	Назовите наиболее часто применяемые в хирургии химические антисептики и приведите примеры их использования.	двумя простынями и двумя пеленками (с боков), при этом используют бельевые цапки. Обработка ОП по Филончикову-Гроссиху: четырехкратное смазывание ОП йодосодержащими препаратами (1% йодопирон, 1% йодонат), 0,5% раствор хлоргексидина, за 5-10 мин до операции (два раза) непосредственно перед разрезанием кожи перед наложением швов после наложения швов Обработка ОП по Спасокукоцкому: обрабатываем гидрат аммиака 0,5% дважды и один раз 70% этанолом. 1. Неорганические соединения. Галоиды: спиртовая настойка йода, водный и спиртовой растворы Люголя, йодоформ, йодопиродон, йодонат. Окислители: перекись водорода, калия перманганат. Неорганические кислоты и щелочи: раствор аммиака, борная кислота. Соли тяжелых металлов: сулема, нитрат серебра. Органические соединения. Спирты: этиловый. Альдегиды: формальдегид, лизоформ. Фенолы: карболовая кислота, лизол, резорцин. Нитрофураны: фурацил, фурадонин, фуразолидон. Красители: метиленовый синий, бриллиантовый зеленый. Органические кислоты: салициловая, бензойная. Карболовая кислота ядовита, применяется в виде 2 - 5% растворов для дезинфекции инструментов, катетеров, дренажных трубок, перчаток. В настоящее время используется только в растворе Крупенина, предназначенного для стерилизации режущих инструментов и предметов из пластмасс, а также для хранения простерилизованных кипячением игл, скальпелей,
--	--	---

		зажимов, полиэтиленовых трубок. В тройном растворе вегетативные формы погибают через 30 мин, а споры через 60-90 мин. Лизол 1-3% применяется для ванн, при лечении длительно не заживающих язв, 3-10% - для дезинфекции белья, мытья операционных, перевязочных, для обработки инструментов, загрязненных гноем, кишечным содержимым. Инструменты обмывают теплой водой с мылом и погружают на 1 ч в 3-5% раствор лизола, ополаскивают водой, высушивают и стерилизуют вместе с чистыми инструментами. Сулема очень ядовита. Для дезинфекции одежды, предметов ухода за больными, обмывания перчаток и приготовления шелка 0,1% раствор. Во избежание ошибок подкрашивают в розовый или голубой цвет. Препараты хлора. Бактерицидные и спороцидные свойства зависят от содержания в них активного хлора. Бактерицидное действие возрастает при добавлении раствора солей аммония. Сильными бактерицидными и спороцидными свойствами обладают дихлоризоциануровая и трихлоризоциануровая кислоты. Препараты нестойкие, их готовят перед употреблением. Используются для дезинфекции помещений. Хлорамин используется при лечении ран, гнойных полостей - промывают рану или смачивают тампон и повязки 0,5-1% раствором, для дезинфекции рук, инструментов и перчаток. Обладает дезодорирующим действием. Нитрат серебра, или ляпис, - 2-10% для промывания полостей, 10-20% - для прижигания.
--	--	---

		Оказывает вяжущее и противовоспалительное действие. Йодная настойка - 5-10% спиртовой раствор для дезинфекции кожи рук, кожи в окружности ран. Этиловый спирт для дезинфекции рук, режущих инструментов, стерилизации шовного материала. Обладает дубящим свойством 70%. 1% спиртовой р-р бриллиантового зеленого для обработки рук хирурга и операционного поля - в течение 15 мин погибают спорозоносные культуры сибирской язвы, столбняка и сенной палочки. Для стерилизации хорошо промытые инструменты погружают на 15-20 мин в раствор бриллиантового зеленого, а затем стерильным корнцангом переносят в 96% спирт для дальнейшего хранения. Перекись водорода 3% для промывания ран и полостей, для обработки анаэробных ран. Смесь 3-6% перекиси с 0,5% раствором сульфанола для дезинфекции помещений опер блока. Бетапропилактон 1:1000 действует бактерицидно. Синегнойная палочка в 2% погибает через 10 мин. Стерилизацию производят 1-2% раствором. Металлические инструменты и изделия из пластмассы становятся стерильными в 1% растворе через 1 ч при 50°C. Калия перманганат в водном 0,1-0,5% растворе для промывания гнойных ран и полостей, а 2-5% раствором смазывают ожоги и язвы. Оказывает дезодорирующее действие. Фурацилин в виде водного 0,02% раствора, 0,066% спиртового раствора или 0,2% мази при лечении гнойных ран,
--	--	---

		промывания пролежней, ожогов и полостей.
	Назовите химические вещества и препараты, используемые для остановки кровотечения.	Способы остановки кровотечения разделяются на наружные (местные) и внутренние (прием гемостатиков). В качестве наружных используются 3-5% раствор перекиси водорода, раствор адреналина 1:1000, гемостатическая губка (биологический гемостаз) и др. Внутренние средства состоят из двух групп: вызывающие сокращение сосудов (препараты спорыньи, адреналин, норадреналин, мезатон и др.) и повышающие свертываемость крови (викасол, хлорид кальция, желатин, аминокaproновая кислота, гемофобин, дицинон (этамзилат) и др.).
	Определение группы крови по системе АВ0, Группы крови по системе АВ0.	В зависимости от наличия в эритроцитах агглютиногенов А и В, а в сыворотке соответствующих им агглютининов α и β, всех людей делят на четыре группы: группа 0(I): в эритроцитах агглютиногенов нет, в сыворотке присутствуют агглюнины α и β; группа А(II): в эритроцитах - агглютиноген А, в сыворотке - агглютинин β; группа В(III): в эритроцитах присутствует агглютиноген В, в сыворотке выявляют агглютинин α; группа АВ(IV): в эритроцитах - агглютиногены А и В, агглютининов в сыворотке нет. В последнее время в системе АВ0 обнаружены разновидности классических антигенов А и В, а также другие антигены.

		Групповую принадлежность крови по системе АВ0 определяют с помощью реакции агглютинации. В настоящее время используют три способа определения групп крови по системе АВ0: с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток; с помощью стандартных изогемагглютинирующих сывороток и стандартных эритроцитов (перекрёстный способ); с помощью моноклональных антител (цоликлонов анти-А и анти-В). Стандартные сыворотки цоликлоны  
	Порядок действия врача при выполнении гемотрансфузии.	Определить показания и противопоказания к переливанию крови. Собрать гемотрансфузионный и акушерский анамнез (были ли переливания крови, не было ли конфликта при этом, у женщин выяснить число родов, не родился ли ребенок с гемолитической желтухой и т.д.). Определить групповую и Резус

		принадлежность реципиента. Определить годность выбранной донорской крови (дата ее заготовки, герметичность упаковки, целость этикетки, нет ли гемолиза и т.д.). Определить групповую принадлежность донорской крови, независимо от данных этикетки флакона (группа донорской крови и реципиента должны совпадать). Провести пробу на индивидуальную совместимость. Провести пробу на резус- совместимость с 33% раствором полиглюкина. Провести пробу на биологическую совместимость, переливая трижды струйно по 10 мл донорской крови с перерывом в три минуты -Перелить донорскую кровь (капельно!). -Оставить во флаконе 10-15 мл крови и сохранить флакон не менее 2 суток. -Произвести запись в истории болезни о результатах проведенных проб на совместимость и переливания крови, № этикетки, дату заготовки, фамилию донора. -Произвести анализ мочи после переливания крови. -Вести наблюдение за состоянием больного в течение 3 часов после гемотрансфузии. 1. Противошоковые (гемодинамические) препараты: А. производные декстрана а) среднемолекулярные препараты декстрана: полиглюкин, макродекс б) низкомолекулярные препараты декстрана: реополиглюкин, реомакродекс Б. препараты желатина: желатиноль, гелофузин В. препараты на основе оксиэтилкрахмала: ХАЕС- стерил, рефортан, рефортан +
	Кровезамещающие растворы (кровезаменители), классификация.	

		Дезинтоксикационные растворы: гемодез, полидес, неокомпенсан Препараты для парентерального питания: А. белковые а) гидролизаты белков: гидролизат казеина, гидролизин б) смеси АК: полиамин, валин, инфезол, гепастерил А, аминоклазма Б. жировые эмульсии: липофундин, интралипид В. сахара и многоатомные спирты: глюкоза 5%, 10%, 20%, 40%; фруктоза, сорбит Г. комбинации микроэлементов и витаминов: аддамель Н, виталипид N Регуляторы водно-солевого и кислотно-основного равновесия: А. солевые растворы: изотонический раствор NaCl, растворы Рингера и Рингера-Локка, ацесоль, дисоль, трисоль, сана-сол, 4-5% раствор NaHCO₃, 3,66% раствор трисамина В. осмодиуретики: маннитол, сорбитол Переносчики кислорода: 6-8% раствор гемоглобина, фторкарбон
	Местная анестезия – виды и используемые препараты, противопоказания.	Поверхностная - нанесение анестетиков на кожу или слизистые, охлаждение. Для этого используются хлорэтил, Инфильтрационная - тонкой иглой на месте разреза кожи делается "лимонная корочка", затем вводится в мягкие ткани раствор анестетика, возникает пропитывание тканей в области операции раствором местного анестетика и блокируется проводимость нервных импульсов. Регионарная –

		анестетик вводится в непосредственной близости к нервному стволу. Проводниковая – анестетик вводится вблизи нервного узла, нервного сплетения или ствола периферического нерва. Спинальная - введение анестетика в спинно-мозговой канал, эпидуральное, субдуральное и субарахноидальное пространства спинного мозга. При этом временно утрачивается чувствительность и функция органов, получающих иннервацию ниже места введения препарата. Внутрисосудистая –используют при операциях на конечностях, когда анестетик вводится в конечность, на которую наложен кровоостанавливающий жгут. Разновидностью внутрисосудистой анестезии является внутрикостная анестезия. Препараты. Для регионарной и местной используют местные анестетики (Лидокаин, Новокаин, Дикаин, Бупивакаин, Лидокаин). Для инфильтрационной по Вишневскому - новокаин. Дикаин в 15 раз сильнее, чем новокаин, препарат очень токсичен, не применяется для других видов анестезии. Лидокаин в несколько раз токсичнее новокаина, но в 4 раза превосходит его по силе действия. Используется для терминальной, инфильтрационной, проводниковой, эпидуральной анестезии. Начинает действовать через 5-8 минут, продолжительность анестезии составляет до 2 часов с добавлением адреналина. Бупивакаин - самым сильным и длительно действующим анестетиком. Начинает действовать через 20 минут, продолжительность до 7 часов. По окончании анестезии, анальгезия сохраняется длительное время. Применяется для инфильтрационной, спинномозговой, эпидуральной,
--	--	---

		проводниковой. Ультракаин - действие через несколько минут, длится до 2 часов. Противопоказания отказ больного; аллергия; психические заболевания; большой объем операции; рубцовые изменения тканей в зоне оперативного вмешательства.
	Медикаментозное лечение ожоговой болезни.	Основная задача - восстановление показателей гемодинамики и восполнение потери жидкости: 1) назначение анальгетиков, введение антигистаминных препаратов (дифенгидрамина, хлоропирамина, прометазина), назначение фентанила и дроперидола; 2) улучшение деятельности сердца (сердечные гликозиды); 3) улучшение микроциркуляции (назначение аминофиллина, внутривенное введение дроперидола и 0,25% раствора прокаина); 4) применение при восполненном объеме жидкости в тяжёлых случаях шока гидрокортизона (125-250 мг) или преднизолона (60-90 мг); 5) ингаляции кислорода; 6) нормализация функций почек (маннитол, фуросемид - в лёгких случаях, внутривенное введение 20% раствора сорбитола - в тяжёлых); 7) раннее назначение антибиотиков широкого спектра (амоксиклав, цефотаксим), бактериофага, стафилококкового анатоксина; 8) инфузионно-трансфузионное лечение: введение препаратов плазмы крови (нативной и сухой плазмы, альбумина, протеина, фибрина), средств, нормализующих гемодинамику (декстрана, желатина), препаратов дезинтоксикационного действия (Повидон + Натрия хлорид + Калия хлорид +

		Кальция хлорид + Магния хлорид + Натрия гидрокарбонат), водно-солевых растворов (10% раствора декстрозы, Натрия ацетат + Натрия хлорид + Калия хлорид, Натрия ацетат + Натрия хлорид).
	Способы профилактики столбняка.	Специфическая профилактика столбняка может быть плановой и экстренной. Для создания активного иммунитета применяют столбнячный адсорбированный анатоксин. Плановая профилактика: 0,5 мл анатоксина вводят дважды с интервалом 1 мес, через год проводят ревакцинацию - 0,5 мл анатоксина, повторные ревакцинации осуществляют через 5 лет. Для иммунизации детей до 12 лет применяют комплексную вакцину - адсорбированную коклюшно-дифтерийно-столбнячную (АКДС). Экстренная профилактика различна у привитых и непривитых. Привитым однократно вводят 0,5 мл анатоксина, непривитым - 1 мл анатоксина и 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки или 450-600 АЕ противостолбнячного γ-глобулина, через 1 мес - 0,5 мл анатоксина и для создания прочного иммунитета через год - ещё 0,5 мл анатоксина.
	Специфическое и неспецифическое лечение анаэробной клостридиальной инфекции.	Специфическое лечение состоит в применении смеси антиангренозных сывороток. Неспецифическая терапия - обильные внутривенные инфузии до 4 л/сут, переливание крови, плазмы и кровезаменителей, общая антибактериальная терапия (в отношении анаэробов эффективен ряд антибиотиков -

	Лечение абсцесса легкого.	амоксициллин + клавулановая кислота, имипенем + циластатин натрия, метронидазол и др.); Санационная бронхоскопия, как правило, позволяет восстановить проходимость дренирующих абсцесс бронхов, выполнить его катетеризацию, промыть и ввести в полость антисептики, протеолитические ферменты, антибиотики. При необходимости лечебные бронхоскопии проводят многократно, что позволяет в большинстве случаев добиться положительного эффекта. Для улучшения отхождения мокроты используют муколитики, лечебную физкультуру, дыхательную гимнастику, физиотерапевтическое лечение. Амброксол внутрь по 30 мг 3 р/сут в течение 2 сут, далее по 30 мг 2 р/сут (длительность определяется индивидуально) или ацетилцистеин внутрь по 200 мг 3—4 р/сут (длительность определяется индивидуально) или бромгексин внутрь по 8—16 мг 3 р/сут (длительность определяется индивидуально) или карбоцистеин внутрь по 750 мг 3 р/сут (длительность определяется индивидуально). Пункцию абсцесса производят при полной непроходимости дренирующего бронха и в случае неэффективности бронхоскопической санации. Существуют методики как трансторакальной, так и транстрахеальной пункции. Дренирование применяют в тех случаях, когда иными методами невозможно добиться полного опорожнения абсцесса. При больших абсцессах легких используется трансторакальное дренирование с последующей санацией гнойной полости антисептическими растворами и постоянной активной аспирацией содержимого.
--	----------------------------------	--

	Лечение химических ожогов пищевода.	Эзофагоскопия в первые дни противопоказана, в дальнейшем возможна только в периоде рубцевания и эпителизации слизистой оболочки, при этом проводить ее следует крайне осторожно. Необходимы срочная госпитализация, парентеральное введение обезболивающих средств (для борьбы с шоком), введение желудочного зонда, обильно смазанного маслом, для выведения желудочного содержимого и промывания желудка с целью нейтрализации едкого вещества. При отравлениях щелочами желудок промывают разведенным раствором уксусной кислоты (3—6%) или растительным маслом, при отравлениях кислотами — слабым (2%) раствором натрия гидрокарбоната. В сомнительных случаях желудок промывают молоком. До введения зонда назначают обильное питье слабых растворов уксусной кислоты или гидрокарбоната натрия (в зависимости от характера вещества, вызвавшего ожог) Промывание с помощью зонда проводят после предварительного введения под кожу наркотических анальгетиков (промедол 1 мл 2% раствора) и атропина сульфата (1 мл 0,1% раствора), а также местной анестезии полости рта и глотки 2% раствором дикаина. Промывание желудка эффективно только в первые 6 ч после отравления. Необходима дезинтоксикационная терапия. Парентерально вводят гемодез, реополиглюкин, солевые растворы. Для профилактики и лечения инфекционных осложнений назначают парентерально антибиотики широкого спектра действия (ампициллина натриевая соль, ампиокс, гентамицина сульфат, цефамезин и др.). Чтобы
--	--	---

		уменьшить развитие рубцовых изменений в пищеводе, назначают препараты гормонов коры надпочечников парентерально. В зависимости от характера принятого яда и особенностей клинической картины применяют средства, нормализующие деятельность сердечно-сосудистой системы, функцию почек, при значительной кровопотере проводят гемостатическую и кровезамещающую терапию и т. д. Введение жидкости внутрь в первые 1—3 сут исключается, а в более тяжелых случаях этот запрет продолжается до 5—7 дней, затем дробными порциями в небольших количествах разрешают прием сливок, молока, сырых яиц, теплого бульона. Постепенно диету расширяют. При тяжелых ожогах пищевода для обеспечения питания больного через 7—10 дней накладывают гастростому.
	Хирургическая профилактика стенозов пищевода.	После стихания острых воспалительных явлений при ожогах 2—3-й степени с целью ранней профилактики развития стенозов начинают бужирование пищевода, которое продолжают несколько недель. Бужирование полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику под контролем эзофагоскопа по принципу бужирования без конца (бужирование с последовательным увеличением диаметра бужей в течение одной процедуры с использованием гастростомы бужи проводят через ротовую полость, пищевод и гастростому) Если развитие стеноза не удается предотвратить, прибегают к оперативному лечению — созданию искусственного

		пищевода. При своевременно начатом лечении благоприятные результаты наблюдаются в 90% случаев. Позднее бужирование пищевода проводят после тщательного общеклинического обследования больного, рентгенологического и эзофагоскопического исследований. Бужирование начинают с бужей № 8—10, постепенно переходя к бужам большего диаметра. Процедуру проводят ежедневно или через день, а по достижении достаточного эффекта — 1—2 раза в неделю на протяжении 3—4 мес, а иногда до полугода и более. Даже при хорошем и относительно стойком результате, достигнутом при бужировании, стриктура обладает тенденцией к сужению, поэтому больные, перенесшие химические ожоги пищевода и лечение бужированием, должны находиться под контролем и при необходимости проходить повторные курсы лечения.
	Лечение ахалазии кардии.	Консервативное лечение ахалазии кардии, имеющее обычно временный эффект, применяют в начальных стадиях заболевания. Оно включает диету (кашицеобразная, химически щадящая пища с достаточным количеством белков и витаминов), местные анестетики, спазмолитики, м-холинолитики, витамины, седативные препараты, физиотерапию. В случаях развивающегося заболевания с четкой клинической картиной у детей старше 14 лет применяют кардиодилатацию или оперативное лечение. Перед выполнением кардиодилатации тщательно промывают пищевод дезинфицирующим раствором и отсасывают его содержимое через зонд. Подкожно вводят 1

		мл 1% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина. Смазывают глотку и корень языка 1% раствором дикаина в дозе 1 мл на 10 кг массы больного. Под рентгенологическим контролем вводят в пищевод и правильно устанавливают кардиодилататор. Расширение кардии продолжается 10-25 мин. Наиболее тяжелыми осложнениями кардиодилатации являются перфорация и разрыв пищевода, кровотечение из органа. Техника видеоизмененной эзофагокардиомиотомии по Геллеру сводится к следующему. Выполняют верхнюю срединную лапаротомию. Рассекают левую треугольную связку печени и отводят ее левую долю. Диафрагму рассекают кверху на 4-5 см, предварительно прошив и перевязав нижнюю диафрагмальную вену. Выделяют пищевод до расширенной его части и берут на держалку. Переднюю стенку пищевода рассекают до слизистой от расширенной его части до перехода в желудок. Длина продольного рассечения мышц пищевода и желудка должна быть не менее 8-10 см (у детей старшего возраста). Разрез на пищеводе не зашивают. Диафрагму ушивают.
	Лечение халазии кардии.	Нежелателен приём лекарственных средств, снижающих тонус пищеводного сфинктера (нитраты, антагонисты кальция, теofilлин, прогестерон, антидепрессанты) Диета: ограничение продуктов, усиливающих газообразование, острой, очень горячей или холодной пищи; избегать приёма алкоголя, продуктов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (лук, чеснок, перец, кофе, шоколад и др.); избегать переедания, последний приём пищи — не

		позднее чем за 3—4 часа до сна. Лекарственную терапию проводят не менее 8—12 недель с последующей поддерживающей терапией в течение 6—12 месяцев. Применяют ингибиторы протонного насоса (омепразол, лансопразол, рабепразол) в обычной или двойной дозировке, антациды (альмагель, фосфалюгель, маалокс, гелусил-лак и др.) назначают обычно через 1,5—2 часа после еды и на ночь. Прокинетики — домперидон, метоклопрамид. Хирургическое лечение. Показания к оперативному лечению: осложнения рефлюкс-эзофагита (стриктуры пищевода, повторные кровотечения, пищевод Берретта), неэффективность медикаментозной терапии (в течение 6 месяцев), сочетание рефлюкса с бронхиальной астмой
	Лечение язвенной болезни желудка.	При язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающей на фоне инфицирования желудка <i>H. pylori</i>, проводится так называемая эрадикационная антихеликобактерная терапия, включающая ингибиторы протонной помпы (омепразол и др.), препараты висмута и антибиотики (кларитромицин, тетрациклин, метронидазол и др.). Считается, что уничтожение (эрадикация) <i>H. pylori</i> способствует быстрому заживлению язвы и удлиняет период ремиссии заболевания. Все хирургические вмешательства по поводу язвы желудка и двенадцатиперстной кишки делятся на радикальные и паллиативные. К радикальным операциям (с некоторой долей условности) относятся резекция желудка и различные виды ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями,

		антрумрезекцией и без них (СПБ). К паллиативным операциям относятся: ушивание перфоративной язвы, прошивание и иссечение кровоточащей язвы, перевязка магистральных сосудов желудка, изолированная пилоропластика и гастроеюностомия.
	Консервативное лечение синдрома Мэллори-Вейса (кровотечения н/3 пищевода).	Консервативная терапия при синдроме Мэллори-Вейса используются с целью восстановления объема циркулирующей крови. Для этого применяют различные кристаллоидные (NaCl 0,9%, глюкоза 5%, раствор Рингера и др.), коллоидные растворы (альбумин, аминоклазма и др.), в случае тяжелой кровопотери возможно применение гемотрансфузии (эритроцитарная масса, свежзамороженная плазма). При рвоте (или позывах на рвоту) применяют метоклопрамид (церукал). С целью остановки кровотечения используют зонд Блэкмора. Этот зонд имеет 2 балона. С помощью нижнего балона зонд фиксируется в желудке в правильном положении, после чего раздувается второй балон, находящийся в просвете пищевода. Гемостатический эффект достигается за счет механического сдавления кровоточащих сосудов пищевода. С целью остановки кровотечения возможно применение этамзилата натрия, хлористого кальция, аминокaproновой кислоты, октреатида.
	Медикаментозное лечение после оперативной коррекции кишечной непроходимости.	Основной задачей послеоперационного введения является ликвидация тяжелых патофизиологических

		нарушений, восстановление нормального водно-солевого, белкового и углеводного обменов. Особое значение приобретают мероприятия, направленные на раннюю активизацию кишечной перистальтики, дезинтоксикацию, профилактику тромбоэмболических и воспалительных осложнений. С целью восстановления моторной функции желудка и кишечника в послеоперационном периоде проводят постоянную (на протяжении 3–4 сут) аспирацию желудочно-кишечного содержимого через назогастральный зонд, назначают антихолинэстеразные препараты, сеансы электростимуляции кишечника. Дезинтоксикация достигается восстановлением нормального диуреза, для чего необходимо тщательное возмещение водных потерь. Хороший дезинтоксикационный эффект достигают стимуляцией форсированного диуреза введением лазикса (30–40 мг) при умеренной гемодилюции. Синтетические плазмозаменители (реополиглюкин, гемодез) являются хорошими адсорбентами токсинов, способствуют их выведению почками. Профилактику тромбоэмболических осложнений осуществляют комплексом мероприятий: эластической компрессией вен нижних конечностей, активным режимом, назначением дезагрегантов, антикоагулянтов прямого и непрямого действия. Для борьбы с инфекцией и профилактики ее назначают антибиотики широкого спектра действия: внутривенно, внутримышечно и местно в брюшную полость через введенные в нее во время операции микроирригаторы
--	--	--

	Лечение спаечной непроходимости.	При спаечной кишечной непроходимости производят рассечение спаек, при некрозе — резекцию кишечника. При множественных сращениях, рубцовых стенозах кишки может быть выполнена операция обходного межкишечного анастомоза. Для профилактики повторного образования спаек в брюшную полость через капиллярную полихлорвиниловую трубку вводят 100 мл 4%-ного поливинилпирролидона совместно с 10—20 тыс. ЕД фибринолизина, 5—10 тыс. ЕД гепарина и 60—100 мг гидрокортизона, 200 мл 0,25%чного новокаина с антибиотиками (200 тыс. ЕД пенициллина, 250 тыс. ЕД стрептомицина и др.). После операции рекомендуется кратковременное введение гидрокортизона или кортизона в течение 4—5 дней. Кортикостероиды вводят внутримышечно в снижающих дозировках.
	Лечение эхинококковой кисты.	Очень редко происходит самоизлечение, связанное с гибелью паразита и последующим обызвествлением его стенок. Оптимальным способом лечения является эхинококкэктомия. Идеальную эхинококкэктомию, при которой удаляют кисту без вскрытия ее просвета, применяют редко при небольших размерах кисты, краевом расположении. Чаще удаляют кисту вместе с герминативной и хитиновой оболочками после предварительной пункции

		полости кисты, аспирации ее содержимого и последующей обработки полости противопаразитарными средствами. Этот прием позволяет избежать разрыва кисты при выделении и тем самым предотвратить диссеминацию зародышей паразита. После удаления кисты фиброзную оболочку изнутри повторно обрабатывают концентрированным раствором глицерина (85%) или 20% раствором хлорида натрия. Затем полость кисты ушивают отдельными швами изнутри и вворачивают наружные края фиброзной капсулы внутрь полости (капитонаж). При невозможности ушить полость прибегают к тампонаде ее сальником. В стенках плотной и толстой фиброзной капсулы иногда остаются дочерние мелкие пузыри. Поэтому при благоприятных анатомических условиях рекомендуют производить перицистэктомию, т. е. иссечение фиброзной капсулы, что делает операцию более радикальной, но более трудной и опасной для выполнения.
	Принципы лечения перитонита.	При проведении инфузионной терапии количество внутривенно вводимой жидкости определяют, исходя из расчета 40—45 мл жидкости на 1 кг массы тела пациента (в среднем 3—4 л/сут). При этом необходимо учитывать и восполнять ощутимые потери воды и электролитов (потери жидкости с мочой, рвотой, выделениями по дренажам и кишечному зонду), а также неощутимые потери (выделение жидкости с потом и выдыхаемым воздухом) — приблизительно 1 — 1,5 л/сут. С учетом содержания электролитов в крови и кислотно-основного

		состояния, сначала внутривенно вводят кристаллоидные растворы для быстрого восполнения дефицита ОЦК (0,9% раствор натрия хлорида, трисамин, 5% и 10% растворы глюкозы, раствор Дарроу и др.), затем коллоидные растворы для поддержания онкотического давления плазмы и удержания жидкости в сосудистом русле (полиглюкин, реополиглюкин, гемодез, плазму крови, альбумин и другие инфузионные препараты). По строгим показаниям производят переливание эритроцитной массы. Перед операцией, за 1 ч до ревизии брюшной полости, необходимо ввести антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины последнего поколения, аминогликозиды, метронидазол или карбопенемы). Предпочтение отдается комбинации из 2—3 препаратов разных групп, для того чтобы воздействовать на анаэробную и аэробную флору. Для устранения синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания применяют препараты, улучшающие реологические свойства крови (реополиглюкин, дезагреганты, гепарин). Для дезинтоксикации организма используют методику гемодилюции с форсированным диурезом (введение фуросемида), в более тяжелых случаях — экстракорпоральные методы очищения организма от продуктов метаболизма и токсичных веществ (плазмаферез).
	Лечение гемофилии у детей.	лечение включает заместительную терапию - в/в инфузии VIII (криопреципитат) и IX факторов свертывания крови, при значительных гемартрозах производят пункции суставов. В чем заключается консервативное лечение крипторхизма у детей?

		Эталон ответа: Консервативное лечение крипторхизма назначается строго совместно с эндокринологом. В качестве консервативной терапии используют хорионический гонадотропин (ХГЧ) или гонадотропин рилизинг-гормон (ГнРГ), однако эффективность данной терапии не превышает 15% (уровень доказательности Б) и зависит от высоты расположения яичка в паховом канале. Чем дистальнее расположено яичко в паховом канале, тем эффективнее терапия. ХГЧ рекомендуют использовать по схеме 3000-9000 МЕ, кратность приема 1 инъекция в неделю в течении месяца, при неэффективности лечения разрешено повторить курс с интервалом 3 месяца. ГнРГ применяют в виде назального спрея в дозе 1,2 мг/сут, в течении 1 месяца. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение.
	Какова методика лечения неполного пупочного свища?	неполного свища пупка всегда начинают с таких консервативных мероприятий, как ежедневные ванны со слабым раствором перманганата калия, обработка свищевого хода раствором перекиси водорода и 3% настойкой йода, повязки с антисептиками (1% раствор хлорофилипта). В случае неэффективного консервативного лечения показана операция, начиная с 6-месячного возраста.
	Консервативное лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса.	суть консервативной терапии сводится к эрадикации инфекции мочевых путей и устранению функциональных расстройств мочевого пузыря и профилактике гибели почечной паренхимы. По данным Ю. Ф. Исакова, эффективность консервативной терапии при I–

		III степени ПМР составляет 60–70%. Основными осложнениями (проявлениями) ПМР являются хронический пиелонефрит (50–70%) и рефлюксогенная нефропатия (60–70%). Этиологическая структура хронического пиелонефрита (по А. Ф. Возианову и др., 2002) представлена следующим образом: кишечная палочка — 40–60%, протей — 9–16%, клебсиелла — 7–20%, стрептококк — 4–10%, L-формы — 15%, микробные ассоциации — 10–15%, энтерококк — 2–5%, синегнойная палочка — 2–7%, энтеробактер — 5–15%, стафилококк — 5–14%. Антимикробная терапия должна носить длительный характер (6–12 мес) и применяться по результатам посевов мочи. Наиболее удобными для детей являются препараты пероральных форм. При лечении в стационаре применяются внутримышечные или внутривенные формы. Для эрадикации возбудителя нашли применение следующие препараты: β-лактамы полусинтетические пенициллины: аугментин, 25–50 мг/кг/сут, перорально в течение 7–10 сут; амоксиклав, 20–40 мг/кг/сут, перорально в течение 7–10 сут; цефалоспорины 2-го поколения: цефуроксим (зиннат), 20–40 мг/кг/сут (в два приема) в течение 7–10 сут; цефаклор (цеклор), 20–40 мг/кг/сут (в три приема) в течение 7–10 сут; цефалоспорины 3-го поколения: цефиксим (супракс), 8 мг/кг/сут (в 1 или 2 приема) в течение 7–10 сут; цефтибутен (цедекс), 7–14 мг/кг/сут (в 1 или 2 приема) в течение 7–10 сут; фосфомицин (монурал), 1,0–3,0 г/сут; После использования бактерицидных препаратов (антибиотиков) длительным курсом назначается
--	--	---

		уросептическая терапия: производные нитрофурана: нитрофурантоин, 5–7 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед; производные хинолона (нефторированные): налидиксовая кислота — 60 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед; пипемидовая кислота (пимидель, палин) — 200–400 мг/сут, перорально, в течение 3–4 нед; нитроксолин (5-НОК) — 10 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед. С целью купирования аллергического компонента назначаются десенсибилизирующие средства: кларитин 5–10 мг/сут, перорально, в течение 1–2 нед; Важную роль играет применение лекарственных средств, улучшающих внутриклеточный обмен. С антиоксидантной целью назначаются: токоферола ацетат, 1–2 мг/кг/сут, перорально, в течение 3–4 нед; Обязательным компонентом консервативной терапии является применение фитопрепаратов: листья и плоды брусники, клюквы, смородины, кора дуба, зверобой, крапива, ромашка, черника, мать-и-мачеха и др. Для повышения эффективности лечения циститов у детей старшего возраста применяется местная терапия — внутрипузырные инстилляции, к которым надо относиться с осторожностью у больных с высокими степенями ПМР. Важно помнить, что объем растворов не должен превышать 20–50 мл. Используются растворы: протаргол; солкосерил; гидрокортизон; хлоргексидин; фурациллин.
--	--	--

	Как называются синтетические вещества, используемые для проведения аллопластики костных дефектов, в чем их преимущество перед использованием костной аутопластики? Опишите технику проведения экскреторной урографии, какие контрасты используются? Показания и техника выполнения микционной цистографии	Это биоккомпозитные материалы, являющиеся синтетическими производными гидроксиапатита (osteoset, orthoss, bio-1, i-factor и т.д.). При проведении такой аллопластики не было выявлено существенных различий с костной аутопластикой, при этом исключалась целая операция по забору аутотрансплантата. используют водорастворимые йодсодержащие контрасты - Урографин, Уротраст и др., которые вводят внутривенно. Через 1 мин после внутривенного введения рентгеноконтрастного вещества на рентгенограмме выявляется изображение функционирующей почечной паренхимы (фаза нефрограммы). Через 3 мин контраст определяется в мочевых путях (фаза пиелограммы). Обычно производятся несколько снимков на 7, 15, 25, 40-й минуте, позволяющих оценить состояние верхних мочевых путей. При отсутствии выделения контрастного вещества почкой делают отсроченные снимки, которые могут быть выполнены через 1–2 ч. При заполнении контрастом мочевого пузыря получают его изображение (нисходящая цистограмма). . это рентгенография, выполняемая во время освобождения мочевого пузыря от контрастного вещества, то есть в момент мочеиспускания (микции). Микционная цистография широко применяется в детской урологии для выявления пузырно-мочеточникового
--	--	---

		рефлюкса и установления его степени. используют водорастворимые йодсодержащие контрасты - Урографин, Уротраст и др.
	Целесообразно ли использовать сульфат бария («бариевую взвесь») в качестве контраста для энтерального введения при диагностике врожденной кишечной непроходимости у детей?	нет, ввиду очень маленького диаметра тонкой и толстой кишок, густая взвесь и сама по себе может вызвать кишечную непроходимость, обычно используют водорастворимые контрасты.
	Опишите технику проведения ирригографии.	это вид рентгенологического исследования, при котором в прямую кишку пациента под давлением вводится контрастный раствор бария. Контролируют наполнение кишки барием визуально в режиме реального времени (ирригоскопия) и в нужный момент делают рентгеновские снимки (ирригограммы). Используется в основном для диагностики заболеваний толстой кишки – болезнь Гиршпрунга, долихосигма, дивертикулы кишки и т.д.
	Какова тактика консервативного лечения при кривошее Гризеля?	антибиотикотерапия (цефтриаксон внутримышечно), противовоспалительные (диклофенак внутримышечно) и гипосенсибилизирующие средства (лоратадин), ношение воротника типа Шанца.
	Какая тактика при обнаружении у новорожденного подкапсульной гематомы правой доли печени?	консервативная терапия гемостатиками (дицинон, аминокапроновая кислота, глюконат кальция, витамин К), УЗИ в динамике.

	Кефалогематома, патогенез, клиника, тактика лечения.	Кефалогематома – последствие повреждения мягких тканей в процессе родов. Суть механизма этой травмы в том, что в процессе прохождения по родовым путям головки ребенка кости его черепа сдавливаются, мягкие ткани смещаются, и сосуды подкостницы разрываются. Когда сухожильный шлем вместе с кожей двигается, происходит натяжение фиброзных волокон, которые соединяют его с надкостницей. Сильное механическое воздействие провоцирует повреждение мелких сосудов надкостницы, и кровь из них изливается в поднадкостничное пространство. По размеру поднадкостничного кровоизлияния: Первая степень – диаметром 4 см и менее. Вторая степень – диаметром от 4,1 до 8 см Третья степень – более 8 см. По распространенности: очаговая – выглядит как поднадкостничное возвышение, может иметь разные размеры; распространенная – распространяется на одну кость черепа и за линию швов не выходит; смешанная – у одного пациента сочетается несколько кефалогематом. С первого дня размеры кровоизлияния увеличиваются, так как у новорожденных недостает свертывающих факторов крови, следовательно, на протяжении длительного времени она остается жидкой, и поврежденные сосуды не тромбируются кровяными сгустками. Если размеры образования небольшие, назначают гемостатики (дицинон, аминокапроновая кислота) препараты кальция (глюконат кальция), а также витамин К на 5-7 дней. При большой (от 8 см) кефалогематоме у новорожденного детский хирург проводит ее пункцию и аспирирует жидкую кровь.
--	---	---

		После проведения пункции накладывают специальную давящую повязку.
	Какое консервативное лечение в стационаре необходимо провести при переломе костей таза у детей?	Инфузионная терапия при переломах костей таза должна начинаться еще на этапе транспортировки или немедленно по прибытию в стационар. Очень часто пострадавшим требуется не только увеличение объема переливаемой жидкости, но и трансфузия препаратов крови (эритроцитарной массы и плазмы). При олигурии используют диуретики (фуросемид). При выраженном психомоторном возбуждении используются нейролептики (дроперидол), оксибутират натрия. При тяжелом и крайне тяжелом шоке, когда артериальное давление резко снижено, для его поддержания выше 90 мм рт. ст. применяют кортикостероидные гормоны (преднизолон — 60-180 мг) и препараты инотропного действия, такие как допамин, для улучшения кровотока — эуфиллин. Для улучшения микроциркуляции используют ингибиторы протеолитических ферментов (трасилол, контрикал). Для профилактики инфекции в/м вводят антибиотики: линкомицин, цефтриаксон. Назначают анальгетики – как НПВС, так и СПВС, в борьбе с шоком при переломах костей таза большое значение уделяется местному обезболиванию (блокада по Школьникову-Селиванову).
	Каковы методы ранней реабилитации пациентов в послеоперационном периоде?	Использование ганглиоблокаторов (пентамин), антихолинэстеразных средств (прозерин), церукал, серотонина адипината – для стимуляции перистальтики. Ранняя активизация пациента –

		сидеть, вставать с поддержкой через 6 часов после операции, на следующий день – полная мобилизация. Раннее питание – адаптированные смеси – через 5-8 часов после операции, быстрый переход на обычное питание. Для промывания ран применяется перекись водорода только в концентрации 3%. Если таковой в наличии нет, то можно разбавить 6%-ю перекись физиологическим раствором или водой для инъекций в соотношении 1:1. Далее следует уточнить, как врач хочет промывать рану – тампоном, шприцем, потоком антисептика непосредственно из флакона.
	Вы работаете в перевязочной, необходима перекись водорода, чтобы промыть рану. В перевязочной имеются флаконы с 6% перекисью водорода. Опишите ход Ваших действий.	
	При подготовке больного к плановой хирургической операции по поводу паховой грыжи справа, больной самостоятельно накануне операции побрил правую паховую область и обработал выбритое место 5% спиртовым раствором йода. К каким нежелательным последствиям это может привести. Как правильно следовало действовать?	Обработка 5% раствором йода может вызвать химический ожог, что осложнит раневой процесс после операции. Кроме того область бритья явно недостаточна, бритью должна быть подвергнута вся брюшная стенка ниже пупка. Кожа после бритья обрабатывается 70% спиртом или другим лицензированным кожным антисептиком.
	Больному после операции пахового грыжесечения рана была дренирована полоской перчаточной резины и была наложена лейкопластырная повязка. На следующий день во время перевязки было обнаружено, что повязка довольно обильно промокла серозно-сукровичным отделяемым, кожные покровы по линии швов умеренно отечны и гиперемированы, а в местах фиксации к коже лейкопластыря – ярко гиперемированы с мелкими эрозиями. Оцените течение послеоперационного периода. Ваши предложения по наложению повязки после перевязки.	Имеется реакция на лейкопластырь в виде острого дерматита. Со стороны операционной раны признаков осложнений не наблюдается. Умеренный отек и гиперемия краев раны соответствуют фазе воспаления неосложненного течения раневого процесса. Необходимо сменить тип используемого лейкопластыря на гипоаллергенный, наклеивать его на непораженные участки кожи. Имеющиеся эрозии

		целесообразно задубить 5% раствором перманганата калия. Через 3-4 дня, после удаления дренажа, возможно открытое ведение – швы ежедневно обрабатывать 5% раствором перманганата калия, повязки не накладывать.
	При определении группы крови цоликлонами разных серий из лаборатории дважды был получен ответ «Группа крови не совпадает». Как определить группу крови такой ситуации? Что делать, если больному требуется экстренное переливание эритроцитов?	Если определить группу крови стандартными способами не удастся, то ее образцы (нативная и гепаринизированная) кровь должны быть направлены в специализированную серологическую лабораторию, где кроме антигенного типирования может быть проведен индивидуальный подбор трансфузионных сред. Если больному требуется экстренное переливание эритроцитов, то следует воспользоваться «универсальным донором» - трансфузионной средой группы O(I) Rh отрицательный в дозе не более 500 мл.
	При определении резус-фактора цоликлоном «Анти-Д Супер» получен отрицательный результат, подтвержденный в клинической лаборатории. В то же время, пациент утверждает, что неоднократно сдавал кровь в качестве донора. На станции переливания крови ему сообщили, что у него резус-фактор положительный. В чем может быть дело? Каким данным доверять?	Резус отрицательным пациентом, т.е. реципиентом считается лицо, у которого на эритроцитах не выявлен поверхностный антиген D. Резус-отрицательным донором считается лицо, у которого не выявлены антигены C,D,E. Лица с отсутствием антигена D но наличием антигенов C и (или) E считаются как доноры резус- положительными, а как реципиенты – отрицательными. Видимо, к ним относится и рассматриваемый пациент. Доверять необходимо данным клинической лаборатории и заказывать для переливания резус-отрицательные трансфузионные среды.

	Пациентка 15 лет поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке для лечения по поводу буллезной формы рожистого воспаления левой голени. Состояние при поступлении средней тяжести, пульс 84 в мин, АД 150/80 мм рт.ст, t 38,2°C. Дежурным врачом был назначен ампициллин внутримышечно в дозе 6 грамм в сутки. Ранее антибиотиками пациентка не лечилась. После первой инъекции препарата больная сразу почувствовала себя плохо. Уже в процедурном кабинете почувствовала сердцебиение, тошноту, головокружение, чувство нехватки воздуха. Медицинская сестра процедурного кабинета дала больной понюхать нашатырный спирт и вызвала дежурного врача. Пульс 96 в мин., ЧДД 26 в мин., АД 80/50 мм.рт.ст. Какое осложнение развилось у больной? Каков патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности? Как оказать неотложную помощь? В хирургическом отделении планируется оперативное вмешательство ребенку возраста 4-го дня жизни, масса тела - 3600 г. Врач назначил премедикацию М-холинолитики - атропин в дозе 0,02 мг/кг внутримышечно за 30 мин до вводной анестезии. Правильное ли назначение сделал врач в данном случае, по вашему мнению? На прием к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5	Четкая связь ухудшения состояния с введением бета-лактаманного антибиотика заставляет предполагать развитие анафилактического шока. Данная группа препаратов является одной из наиболее частых причин лекарственной непереносимости и анафилактического шока. Патогенез острой сердечно-сосудистой недостаточности при анафилактическом шоке состоит в том, что при взаимодействии антигенов и антител происходит выброс большого количества вазоактивных веществ, ряд из которых обладает вазоделятирующим действием. В результате объем сосудистого русла резко увеличивается, а артериальное давление падает. Основной целью неотложной помощи при анафилактическом шоке является стабилизация витальных функций. С целью стабилизации центральной гемодинамики необходимо применение адреналина и преднизолона. Далее больная подлежит переводу в отделение реанимации или ОРИТ. Да, назначение сделано верно. 1. Термический ожог кожи II степени, до 10% поверхности
--	---	--

	лет. Установлено, что ребенок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком. Ребенок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растет и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребенок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в легких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бедер, голеней отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отека, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся. Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе	тела. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипяток). Отек, гиперемия кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для ожога II степени. Площадь ожога подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бедер, голеней составит примерно 10% поверхности тела. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков или мазевые повязки. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Дерматикс, Тизоль с Лидазой 128 ед.
--	--	--

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием

компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
--	---	---	--

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворител	удовлетворительные	удовлетворительное	удовлетворительная

хорошо	знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

