

Фонд оценочных средств
для подготовки к государственной итоговой аттестации
по специальности ординатуры «Детская хирургия».
Тестовые задания

Инструкция: выберите один правильный ответ

Примечание к таблице:

** К – компетенция, В – вопрос, О – ответ (вариант ответа)*

***под буквой А – правильный ответ*

Вид*	Код (компетенции/ задания/ответа)	Текст компетенции/ вопроса задания/ вариантов ответа
К	УК-2	Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
В	001	КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ МОДЕЛЕЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ» НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНА С ПОЗИЦИИ ИНТЕРЕСОВ ПАЦИЕНТОВ?
О	А	«инженерно-техническая модель» - врач как специалист
О	Б	«патерналистская модель» - врач как «духовный отец»
О	В	«кооперативная модель» - сотрудничество врача и пациента
О	Г	«договорная модель» - врач как «поставщик», а пациент – «потребитель медицинских услуг»
В	002	СОБЛЮДЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ
О	А	защиты внутреннего мира человека, его автономии
О	Б	защиты социальных и экономических интересов личности
О	В	создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач-пациент»
О	Г	все вышеперечисленное
В	003	ИМЕЕТ ЛИ ПРАВО ПАЦИЕНТ ОЗНАКОМИТЬСЯ С МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИЕЙ (ИСТОРИЕЙ БОЛЕЗНИ, АМБУЛАТОРНОЙ КАРТОЙ, РЕЗУЛЬТАТАМИ ИССЛЕДОВАНИЙ И ДР.)?
О	А	имеет
О	Б	имеет, но только с разрешения заведующего отделения или руководителя медицинского учреждения
О	В	имеет, но только при оказании платных медицинских услуг или медицинской помощи по программе добровольного медицинского страхования
О	Г	не имеет
В	004	ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ — ЭТО УЧЕНИЕ О ПРИНЦИПАХ ПОВЕДЕНИЯ
О	А	медицинского персонала в хирургическом отделении
О	Б	детей в хирургическом отделении

О	В	медицинского персонала в больнице
О	Г	родителей в хирургическом отделении
В	005	ОДНИМ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ СОБЛЮДЕНИЕМ ЭТОГО ПРИНЦИПА?
О	А	не предоставление сведений о состоянии больного ребенка третьим лицам, без согласия его родителей
О	Б	скрытие ухаживающим от больного, что у него неизлечимое тяжелое заболевание
О	В	скрытие ухаживающим от медперсонала о погрешностях в диете ребенка
О	Г	скрытие ухаживающим от медперсонала выявленных в процессе наблюдения сведений об инфекционных заболеваниях
В	006	МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА, ПРИНИМАЮЩАЯ ДЕЖУРСТВО, ПОЛУЧАЕТ СВЕДЕНИЯ О СОСТОЯНИИ БОЛЬНЫХ У МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ, СДАЮЩЕЙ ДЕЖУРСТВО
О	А	во время обхода больных в отделении
О	Б	в устной беседе
О	В	на врачебно-сестринской конференции
О	Г	по записям в журнале дежурной медсестры
В	007	КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ МОЖНО ПОЛУЧИТЬ О БОЛЬНОМ РЕБЕНКЕ ЧЕРЕЗ СПРАВОЧНУЮ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ?
О	А	место пребывания, тяжесть состояния, температура тела
О	Б	диагноз, тяжесть состояния ребенка
О	В	результаты обследования, фамилию лечащего врача
О	Г	место пребывания, диагноз, результаты обследования
В	008	ПРИ ОТСУТСТВИИ СМЕНЫ ПОСТОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
О	А	не имеет права самостоятельно покинуть пост
О	Б	докладывает врачу и уходит домой
О	В	просит медицинскую сестру другого поста наблюдать за детьми и уходит
О	Г	покидает пост по окончании смены
В	009	ОДНИМ ИЗ ЭЛЕМЕНТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕОНТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ СОХРАНЕНИЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ СОБЛЮДЕНИЕМ ЭТОГО ПРИНЦИПА?
О	А	не предоставление сведений о состоянии больного ребенка третьим лицам, без согласия его родителей
О	Б	скрытие ухаживающим от больного, что у него неизлечимое тяжелое заболевание
О	В	скрытии ухаживающим от медперсонала о погрешностях в диете ребенка
О	Г	скрытие ухаживающим от медперсонала выявленных в процессе

		наблюдения сведений об инфекционных заболеваниях
В	010	МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НА СЕСТРИНСКОМ ПОСТУ
О	А	хранится в специальных шкафах, тумбах
О	Б	находится в свободном доступе
О	В	не хранится
О	Г	хранится в сейфах
К	ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
В	001	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕВОЧЕК ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ОСМОТР ДЕТСКОГО ГИНЕКОЛОГА В СЛУЧАЕ
О	А	наличия воспаления в малом тазу при осложненном аппендиците
О	Б	тазового расположения отростка с признаками или без признаков воспаления в малом тазу
О	В	перенесенного острого аппендицита в возрасте старше 10 лет
О	Г	проведения профилактического медицинского осмотра
В	002	НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТСКОГО ХИРУРГА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	одного месяца
О	Б	двух месяцев
О	В	шести месяцев
О	Г	одного года
В	003	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У ДЕТСКОГО ХИРУРГА ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО С ЦЕЛЬЮ
О	А	профилактики рецидива грыжи
О	Б	проведения противоспаечной терапии
О	В	ограничения физической нагрузки в течение года
О	Г	выявления лигатурных свищей
В	004	ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	одного года
О	Б	шести месяцев
О	В	пяти лет
О	Г	до достижения 15 лет
В	005	ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТСКИМ ХИРУРГОМ ПОСЛЕ ПИЛОРОМИОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
О	А	одного месяца
О	Б	шести месяцев
О	В	до достижения возраста 1 года
О	Г	пять лет

В	006	ДИСПАНСЕРНЫЙ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ВРАЧОМ – ДЕТСКИМ ХИРУРГОМ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПРОВОДИТСЯ В ___ ЛЕТ
О	А	7, 10, 11, 15, 16, 17
О	Б	7, 10, 12, 14, 16, 17
О	В	7, 11, 12, 13, 14, 17
О	Г	7, 10, 11, 13, 15, 17
В	007	ПРИЧИНАМИ РАЗВИТИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	поздняя обращаемость, сложности диагностики, анатомо-физиологические особенности
О	Б	неспецифическая клиническая картина, склонность к генерализации инфекционного процесса у детей младшего возраста
О	В	низкие пластические свойства брюшины; преобладание экссудации при воспалительном процессе, особенности возбудителя
О	Г	малый объем брюшной полости, преобладание экссудации при воспалительном процессе, несвоевременная диагностика
В	008	ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТОМ ЧАЩЕ БОЛЕЮТ
О	А	девочки в возрасте 6-9 лет
О	Б	девочки в возрасте первых трех лет жизни
О	В	девочки и мальчики в возрасте старше 12 лет
О	Г	мальчики в возрасте 6-9 лет
В	009	ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ
О	А	черепно-мозговая травма, повреждения внутренних органов и нижних конечностей
О	Б	черепно-мозговая травма
О	В	черепно-мозговая травма, повреждения верхних и нижних конечностей
О	Г	черепно-мозговая травма, повреждения позвоночника и таза
В	010	ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	автотравма и падение с высоты
О	Б	автотравма
О	В	падение с высоты
О	Г	спортивный травматизм
В	011	СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЕТ
О	А	гидронефроз
О	Б	пиелонефрит

О	В	артериальная гипертензия
О	Г	мочекаменная болезнь
В	012	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТСКОГО ХИРУРГА ВСЕМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ В ВОЗРАСТЕ
О	А	1 месяца
О	Б	3 недель
О	В	2 лет
О	Г	4 месяцев
В	013	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ОРТОПЕДА ВСЕМ ДЕТЯМ ПРОВОДЯТ В ВОЗРАСТЕ
О	А	3 месяца
О	Б	2 недель
О	В	2 лет
О	Г	1 месяца
В	014	ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР ДЕТСКОГО УРОЛОГА-АНДРОЛОГА ВСЕМ МАЛЬЧИКАМ ПРОВОДЯТ В ВОЗРАСТЕ
О	А	3 лет
О	Б	1 месяца
О	В	6 месяцев
О	Г	1,5 лет
В	015	ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	оказание скорой и неотложной помощи
О	Б	профилактические целевые осмотры
О	В	периодические осмотры
О	Г	обращаемость в амбулаторно-поликлиническое учреждение
В	016	КОНТРОЛЬ ДИСПАНСЕРНОЙ РАБОТЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕН ПО
О	А	изучению показателей, характеризующих состояние внешней среды
О	Б	выборочной проверке ведения необходимой документации
О	В	выборочной проверке качества проведения осмотров
О	Г	изучению показателей качества и эффективности диспансеризации
В	017	К ЗАНЯТИЯМ ФИЗКУЛЬТУРОЙ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ МОЖНО ПРИСТУПИТЬ ЧЕРЕЗ ___ ДНЕЙ ПОСЛЕ ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА
О	А	30
О	Б	15
О	В	45
О	Г	60
В	018	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА» ПОКАЗАНО

О	А	оперативное лечение
О	Б	динамическое наблюдение
О	В	проведение консервативной терапии
О	Г	оперативное лечение при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий
В	019	УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ МАЛОИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ
О	А	рефлексирующем уретерогидронефрозе
О	Б	гидронефрозе
О	В	поликистозе
О	Г	нефроптозе
В	020	КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕНЕТИКА, ЭНДОКРИНОЛОГА, ИССЛЕДОВАНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЯИЧЕК ПОКАЗАНЫ У ДЕТЕЙ С
О	А	двусторонним абдоминальным крипторхизмом
О	Б	односторонним крипторхизмом
О	В	ложным крипторхизмом
О	Г	эктопией яичка
В	021	ИССЛЕДОВАНИЯ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ ПОЗВОЛЯЮТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ДВУСТОРОННИЙ АБДОМИНАЛЬНЫЙ КРИПТОРХИЗМ И АНОРХИЗМ В ВОЗРАСТЕ
О	А	до 6 месяцев
О	Б	до 3 месяцев
О	В	с 6 до 12 месяцев
О	Г	после года
В	022	У РЕБЕНКА 3 МЕСЯЦЕВ С ОДНОСТОРОННИМ ПАХОВЫМ КРИПТОРХИЗМОМ НЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
О	А	диагностической лапароскопии
О	Б	осмотра и пальпации органов мошонки и паховых областей
О	В	УЗИ мошонки, паховых каналов
О	Г	УЗИ брюшной полости
В	023	ПРИ ОТСУТСТВИИ ЯИЧКА В НЕДОРАЗВИТОЙ МОШОНКЕ И ВЫЯВЛЕНИИ ПАЛЬПАТОРНО ОКРУГЛОГО, МАЛОПОДВИЖНОГО, БЕЗБОЛЕЗНЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ПАХОВОМ КАНАЛЕ МОЖНО ДУМАТЬ О
О	А	крипторхизме, паховой форме
О	Б	ложном крипторхизме
О	В	перекруте яичка
О	Г	варикоцеле
В	024	ПРИ ОТСУТСТВИИ ЯИЧКА В МОШОНКЕ И ВЫЯВЛЕНИИ ПАЛЬПАТОРНО ОКРУГЛОГО, ПОДВИЖНОГО, БЕЗБОЛЕЗНЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ОБЛАСТИ ПРОМЕЖНОСТИ МОЖНО ДУМАТЬ О

О	А	промежностной эктопии яичка
О	Б	паховой эктопии яичка
О	В	крипторхизме, паховой форме
О	Г	ложном крипторхизме
В	025	ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ УЗКОЙ СТРУЕЙ ЧЕРЕЗ НЕБОЛЬШОЕ НАРУЖНОЕ ОТВЕРСТИЕ МОЧЕИСПУСКАТЕЛЬНОГО КАНАЛА, ОТКРЫВАЮЩЕЕСЯ НА МЕСТЕ УЗДЕЧКИ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	венечной формы гипоспадии с меатостенозом
О	Б	клапана задней уретры
О	В	рубцового фимоза
О	Г	экстрофии мочевого пузыря
В	026	ЗАТРУДНЕННОЕ МОЧЕИСПУСКАНИЕ УЗКОЙ СТРУЕЙ ЧЕРЕЗ РУБЦОВО ИЗМЕНЕННЫЙ КРАЙ КРАЙНЕЙ ПЛОТИ С РАЗДУВАНИЕМ ПРЕПУЦИАЛЬНОГО МЕШКА ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	рубцового фимоза
О	Б	меатостеноза
О	В	клапана задней уретры
О	Г	экстрофии мочевого пузыря
В	027	МЕАТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ СМЕЩЕНО ПО ВЕНТРАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ, КРАЙНЯЯ ПЛОТЬ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА РАСЩЕПЛЕНА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ
О	А	гипоспадии
О	Б	эписпадии
О	В	экстрофии мочевого пузыря
О	Г	рубцового фимоза
В	028	МЕАТАЛЬНОЕ ОТВЕРСТИЕ РАСЩЕПЛЕННОЙ УРЕТРЫ СМЕЩЕНО ПО ДОРЗАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ИСКРИВЛЕННОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА, ЧТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ
О	А	эписпадии
О	Б	гипоспадии
О	В	экстрофии мочевого пузыря
О	Г	рубцового фимоза
В	029	РАСПОЛОЖЕНИЕ МЕАТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ В ОБЛАСТИ ВЕНЕЧНОЙ БОРОЗДЫ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	венечной формы гипоспадии
О	Б	гипоспадии без гипоспадии
О	В	дистально-стволовой формы гипоспадии
О	Г	эписпадии
В	030	КОМПЛЕКСНОЕ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАДНИХ ФОРМАХ ГИПОСПАДИИ

		ИСКЛЮЧАЕТ
О	А	калибровку отверстия уретры
О	Б	консультацию эндокринолога
О	В	осмотр и пальпацию половых органов, паховых областей
О	Г	УЗИ мочевых путей, простаты
К	ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
В	001	ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ВОКРУГ ПУПКА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ ДО 3-Х ЛЕТ ОБУСЛОВЛЕНА
О	А	склонностью к иррадиации нервных импульсов, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки, вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов
О	Б	коротким сальником, высоким расположением отростка, близким расположением солнечного сплетения к корню брыжейки
О	В	склонностью к генерализованным неспецифическим реакциям в ответ на инфекционный процесс, вовлечением в процесс мезентериальных лимфоузлов
О	Г	высоким расположением отростка, склонностью к иррадиации нервных импульсов
В	002	ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	боли в правой подвздошной области, пассивное мышечное напряжение, локальная болезненность
О	Б	субфебрильная температура, боли в животе, задержка отхождения стула и газов
О	В	многократная рвота, субфебрильная температура, жидкий стул
О	Г	рвота, нелокализованные боли в животе, задержка отхождения стула и газов
В	003	ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА НАИМЕНЕЕ ХАРАКТРНЫ ЖАЛОБЫ НА
О	А	схваткообразные боли в животе
О	Б	боли в околопупочной области
О	В	боли в животе и рвоту
О	Г	периодические боли в животе
В	004	СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
О	А	пассивного мышечного напряжения
О	Б	активного мышечного напряжения
О	В	локальной болезненности
О	Г	свободной жидкости в брюшной полости
В	005	ВО ВРЕМЯ СНА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ

		ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ОПРЕДЕЛЯЮТ
О	А	симптом «отталкивания руки», пассивное мышечное напряжение
О	Б	пассивное мышечное напряжение, локальную болезненность, симптом Ровзинга
О	В	пассивное мышечное напряжение, симптом «отталкивания руки», симптом Образцова
О	Г	Симптом «отталкивания руки», локальную болезненность, симптом Ситковского
В	006	СИМПТОМ СИТКОВСКОГО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
О	А	медиального расположения отростка
О	Б	ретроцекального расположения отростка
О	В	тазового расположения отростка
О	Г	подпеченочного расположения отростка
В	007	СИМПТОМ ОБРАЗЦОВА ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
О	А	ретроцекального расположения отростка
О	Б	медиального расположения отростка
О	В	подпеченочного расположения отростка
О	Г	тазового расположения отростка
В	008	ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ РОВЗИНГА ПОНИМАЮТ
О	А	усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
О	Б	усиление болей при поднятии правой ноги с одновременной пальпацией правой подвздошной области
О	В	усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
О	Г	усиление болей в животе при проведении ректального исследования
В	009	ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ СИТКОВСКОГО ПОНИМАЮТ
О	А	усиление болей при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
О	Б	усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
О	В	усиление болей при поднятии правой ноги с одновременной пальпацией правой подвздошной области
О	Г	усиление болей в животе при проведении ректального исследования
В	010	ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ СОТРЯСЕНИЯ ПОЯСНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ _____ РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА
О	А	ретроцекального

О	Б	медиального
О	В	подпеченочного
О	Г	тазового
В	011	ПОД ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ЩЕТКИНА-БЛЮМБЕРГА ПОНИМАЮТ
О	А	перитонеальный симптом, свидетельствующий о вовлечении брюшины в воспалительный процесс
О	Б	признак осложненного аппендицита у детей младшего возраста
О	В	патогномоничный симптом острого неосложненного аппендицита у детей старшего возраста
О	Г	симптом острого неосложненного аппендицита у детей старшего возраста
В	012	ПАТОГНОМОНИЧНЫМИ СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	пассивное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
О	Б	пассивное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области, отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга
О	В	активное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
О	Г	активное мышечное напряжение и локальная болезненность в правой подвздошной области, отрицательный симптом Щеткина-Блюмберга
В	013	У ДЕТЕЙ ПРИ ТЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИИ
О	А	реактивную, токсическую, терминальную
О	Б	начальную, разгара, осложнений
О	В	начальную, токсическую, осложнений
О	Г	реактивную, разгара, осложнений
В	014	К ПАТОГНОМОНИЧНЫМ СИМПТОМАМ РАСПРОСТРАНЕННОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ
О	А	пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при пальпации по всему животу, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
О	Б	активное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при пальпации, положительный симптом Щеткина-Блюмберга
О	В	пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки в окологупочной области, резкая болезненность при пальпации, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова
О	Г	активное напряжение мышц передней брюшной стенки в

		околопупочной области, резкая болезненность при пальпации, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова
В	015	ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	данные физикального обследования, результаты УЗИ, данные эндоскопического исследования
О	Б	данные физикального обследования, результаты УЗИ, рентгенографии органов брюшной полости
О	В	данные физикального обследования, результаты общеклинических исследований, результаты рентгенографии органов брюшной полости
О	Г	данные физикального обследования, патология выявляется как «случайная находка» при проведении диагностической лапароскопии
В	016	ДЛЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА ХАРАКТЕРНО
О	А	гектическая температура, выраженный болевой синдром
О	Б	субфебрильная температура, выраженный болевой синдром
О	В	фебрильная температура, выраженный болевой синдром
О	Г	гектическая температура, незначительный болевой синдром
В	017	ВНУТРИКОСТНОЕ ДАВЛЕНИЕ В НОРМЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 5 ЛЕТ СОСТАВЛЯЕТ _____ ММ ВОД.СТ.
О	А	100-120
О	Б	60-80
О	В	140-160
О	Г	180-200
В	018	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	наличие полости с секвестрами на фоне остеосклероза
О	Б	наличие полости со множественными секвестрами
О	В	наличие полости с секвестрами на фоне остеопороза
О	Г	выраженный остеопороз
В	019	К ФОРМАМ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НЕ ОТНОСИТСЯ
О	А	посттравматический остеомиелит
О	Б	абсцесс Броди
О	В	альбуминозный остеомиелит Олье
О	Г	склерозирующий остеомиелит Гарре
В	020	ДЛЯ ПЕРВИЧНО-ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРНО
О	А	подострое начало, периодически субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке и ночные
О	Б	подострое начало, постоянная субфебрильная температура тела; боли в конечности при физической нагрузке
О	В	острое начало, субфебрильная температура тела, постоянные боли в конечности

О	Г	острое начало, нормальная температура тела, постоянные боли в конечности
В	021	ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ
О	А	4-10 месяцев
О	Б	1 месяца
О	В	1-3 лет
О	Г	7-10 лет
В	022	В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ СОМНИТЕЛЬНА РОЛЬ _____ КАК ПРОВОЦИРУЮЩЕГО ФАКТОРА
О	А	анатомо-физиологических особенностей
О	Б	нарушения пищевого режима
О	В	острой кишечной инфекции
О	Г	ОРВИ
В	023	В ПАТОГЕНЕЗЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ КАК ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЙ ФАКТОР РАССМАТРИВАЮТ
О	А	анатомо-физиологические особенности
О	Б	нарушение пищевого режима
О	В	острую кишечную инфекцию
О	Г	ОРВИ
В	024	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	возрстная дискоординация перистальтики кишечника
О	Б	нарушение или изменение режима питания
О	В	острая кишечная инфекция
О	Г	органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)
В	025	НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ТОНКО-ТОНКОКИШЕЧНОЙ ИНВАГИНАЦИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1-ГО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)
О	Б	возрстная дискоординация перистальтики кишечника
О	В	нарушение или изменение режима питания
О	Г	острая кишечная инфекция
В	026	НА СТАДИИ НАЧАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА МАЛОВЕРОЯТНО ВЫЯВЛЕНИЕ
О	А	многократной рвоты с желчью
О	Б	схваткообразных болей в животе со светлыми промежутками
О	В	симптома «малинового или смородинового желе»
О	Г	симптома пальпируемой опухоли

В	027	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ДЛЯ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ
О	А	симптома «малинового или смородинового желе»
О	Б	болей в животе
О	В	многократной рвоты с желчью
О	Г	задержки отхождения стула и газов
В	028	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ В КЛИНИКЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ
О	А	схваткообразных болей в животе со светлыми промежутками
О	Б	многократной рвоты с желчью
О	В	задержки отхождения стула и газов
О	Г	равномерного вздутия живота
В	029	ПАТОГНОМОНИЧНЫМ В КЛИНИКЕ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ
О	А	симптома пальпируемой опухоли в брюшной полости
О	Б	многократной рвоты с желчью
О	В	задержки отхождения стула и газов
О	Г	равномерного вздутия живота
В	030	К СОВРЕМЕННЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ДО 1-ГО ГОДА ОТНОСИТСЯ
О	А	УЗИ брюшной полости
О	Б	пневмоирригография
О	В	пальпация живота под наркозом
О	Г	рентгеноконтрастное обследование пассажа по кишечнику
В	031	ДЛЯ СТАДИИ НАЧИНАЮЩИХСЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ХАРАКТЕРНО
О	А	удлинение и ослабление болей в животе, многократная рвота с желчью, темная кровь с примесью слизи, наличие симптомов раздражения брюшины
О	Б	удлинение и ослабление болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли, отсутствие симптомов раздражения брюшины
О	В	укорочение и усиление болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», симптом пальпируемой опухоли
О	Г	укорочение и усиление болей в животе, многократная рвота с желчью, симптом «малинового или смородинового желе», асимметрия живота
В	032	ХАРАКТЕРНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРИОБРЕТЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	приступообразные боли в животе, многократная рвота с желчью, задержка отхождения стула и газов
О	Б	периодические боли в животе, рвота с желчью, задержка

		отхождения стула и газов
О	В	постоянные боли в животе, рвота содержимым желудка, задержка отхождения стула и газов
О	Г	периодические боли в животе, тошнота, стул с кровью
В	033	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОСТРОЙ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	неравномерное газонаполнение петель кишечника
О	Б	множественные или единичные тонкокишечные арки или чаши Клойбера
О	В	отсутствие газа в петлях тонкого кишечника во всех случаях
О	Г	свободный газ в брюшной полости
В	034	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ПЕРВОЙ СТАДИИ ПАРАЛИТИЧЕСКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	равномерное избыточное газонаполнение всего кишечника
О	Б	множественные или единичные чаши Клойбера
О	В	равномерное распределение газа в петлях тонкого кишечника
О	Г	неравномерное газонаполнение петель кишечника
В	035	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ДРЕНИРУЮЩЕМСЯ АБСЦЕССЕ ЛЕГКОГО ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	округлое образование с уровнем жидкости с перифокальным воспалением
О	Б	тонкостенное округлое образование с уровнем жидкости без перифокального воспаления
О	В	тонкостенное округлое образование без уровня жидкости
О	Г	затенение округлой формы
В	036	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону
О	Б	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в большую сторону
О	В	скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое
О	Г	тотальное затемнение легкого на стороне поражения
В	037	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПИОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	тотальное затемнение легкого на стороне поражения, смещение органов средостения в здоровую сторону
О	Б	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону
О	В	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в большую сторону
О	Г	скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое

В	038	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ НАПРЯЖЕННОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	скопление воздуха в плевральной полости, колабированное к корню легкое, смещение органов средостения в здоровую сторону
О	Б	тотальное затемнение легкого на стороне поражения
О	В	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону
О	Г	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в в большую сторону
В	039	НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ОТГРАНИЧЕННОМ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ ВЫЯВЛЯЮТ
О	А	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости без смещения органов средостения в здоровую сторону
О	Б	наличие в плевральной полости воздуха и жидкости со смещением органов средостения в здоровую сторону
О	В	тотальное затемнение легкого на стороне поражения со смещением средостения в здоровую сторону
О	Г	скопление воздуха в плевральной полости, легкое поджато к корню
В	040	РАННИМ ПРИЗНАКОМ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОМЕДИАСТИНУМА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подкожная эмфизема в области шеи
О	Б	одутловатость и цианотичность лица
О	В	набухание шейных вен
О	Г	боль в области шеи, не связанная с глотанием
В	041	ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПРАВОЙ ПОДВЗДОШНОЙ ОБЛАСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ДО 10 МЛ ЖИДКОСТИ, ПРЯДЬ САЛЬНИКА ОТЕЧНА, 3 X 4 СМ, ПРИЛЕЖАЩАЯ ПЕТЛЯ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ТАКЖЕ ОТЕЧНА, ПЕРИСТАЛЬТИКА ЕЕ СНИЖЕНА, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	инфильтрата брюшной полости
О	Б	пареза кишечника
О	В	обтурационной непроходимости
О	Г	копростаз
В	042	ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК РАЗМЕРАМИ 9ММ С ГИПОЭХОГЕННЫМИ СТЕНКАМИ, В ПРОСВЕТЕ ВЗВЕСЬ; РЯДОМ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ ОТЕЧНЫЙ САЛЬНИК РАЗМЕРАМИ 4X3СМ, УВЕЛИЧЕННЫЕ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	острого аппендицита
О	Б	острого мезаденита
О	В	инфильтрата брюшной полости
О	Г	пельвиоперитонита

В	043	ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОГО ТАЗА В ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДО 30 МЛ ЖИДКОСТИ, МАТОЧНЫЕ ТРУБЫ ОТЕЧНЫЕ, СТЕНКИ ГИПОЭХОГЕННЫЕ; ЧЕРВЕОБРАЗНЫЙ ОТРОСТОК ДИАМЕТРОМ 3 ММ В ДИАМЕТРЕ, НЕ ИЗМЕНЕН, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	пельвиоперитонита
О	Б	острого аппендицита
О	В	острого мезаденита
О	Г	инфильтрата брюшной полости
В	044	ПО ДАННЫМ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ В ПРОЕКЦИИ МЕЗОГАСТРИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЕВИДНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ РАЗМЕРАМИ 3Х4СМ С ОТЕЧНЫМИ СТЕНКАМИ, ИДЕНТИЧНЫМИ СТЕНКЕ КИШКИ, НЕ ПЕРИСТАЛЬТИРУЮЩЕЕ, В ПРОСВЕТЕ ИМЕЕТСЯ ГУСТОЕ СОДЕРЖИМОЕ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ
О	А	дивертикулита Меккеля
О	Б	пельвиоперитонита
О	В	острого аппендицита
О	Г	инфильтрата брюшной полости
В	045	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЗИ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ ВЫЯВЛЕНО РАСШИРЕНИЕ ЧАШЕЧЕК И ЛОХАНКИ ПРАВОЙ ПОЧКИ БОЛЕЕ 10 ММ, ИСТОНЧЕНИЕ ПАРЕНХИМЫ ПОЧКИ, ОТСУТСТВИЕ РАСШИРЕНИЯ МОЧЕТОЧНИКОВ, ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ
О	А	гидронефротическую трансформацию
О	Б	пузырно-мочеточниковый рефлюкс
О	В	мегауретер
О	Г	калик-пиелэктазии
В	046	ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, КОНТУРЫ ЕГО РОВНЫЕ И ЧЕТКИЕ, КОНТРАСТИРУЕТСЯ ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК И КОЛЛЕКТОРНАЯ СИСТЕМА ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ТО БЫЛА ПРОВЕДЕНА
О	А	микционная цистоуретрография
О	Б	экскреторная урография
О	В	ретроградная пиелография
О	Г	ретроградная цистометрия
В	047	ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕНТГЕНУРОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ПРАВИЛЬНОЙ ФОРМЫ, КОНТУРЫ ЕГО РОВНЫЕ И ЧЕТКИЕ, КОНТРАСТИРУЕТСЯ ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК И КОЛЛЕКТОРНАЯ СИСТЕМА ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ

О	А	пузырно-мочеточникового рефлюкса слева 2-3 степени
О	Б	гидронефроза слева
О	В	стенозирующего мегауретера слева
О	Г	дивертикула мочевого пузыря
В	048	ЕСЛИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КОНТРАСТИРОВАНИЕ РАСШИРЕННОЙ И ДЕФОРМИРОВАННОЙ КОЛЛЕКТОРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК НЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ, СПРАВА КОЛЛЕКТОРНАЯ СИСТЕМА НЕ ИЗМЕНЕНА, ТО БЫЛА ПРОВЕДЕНА
О	А	экскреторная урография
О	Б	микционная цистоуретрография
О	В	ретроградная пиелография
О	Г	цистометрия
В	049	ЕСЛИ НА ЭКСКРЕТОРНОЙ УРОГРАММЕ ОТМЕЧАЕТСЯ КОНТРАСТИРОВАНИЕ РАСШИРЕННОЙ И ДЕФОРМИРОВАННОЙ КОЛЛЕКТОРНОЙ СИСТЕМЫ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ЛЕВЫЙ МОЧЕТОЧНИК НЕ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ, СПРАВА КОЛЛЕКТОРНАЯ СИСТЕМА НЕ ИЗМЕНЕНА, ТО ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ
О	А	гидронефроз слева
О	Б	пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева 2-3 степени
О	В	стенозирующий мегауретер слева
О	Г	дивертикул мочевого пузыря
В	050	ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ВНЕБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	гематурия, дизурия, паравезикальная гематома
О	Б	гематурия, олигурия, почечная колика
О	В	боли над лоном, рвота, острая задержка мочи
О	Г	пиурия, гематурия, повышение температуры
К	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
В	001	ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	спаечная кишечная непроходимость
О	Б	аппендикулярный инфильтрат
О	В	распространенный перитонит
О	Г	подапоневротический абсцесс
В	002	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ УЧИТЫВАЮТ
О	А	особенности течения патологического процесса
О	Б	фармакодинамику и фармакокинетику препарата
О	В	характер гнойного отделяемого из раны
О	Г	побочные эффекты и токсичность препарата

В	003	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ УЧИТЫВАЮТ
О	А	антибиотикорезистентность возбудителя
О	Б	побочные эффекты и токсичность препарата
О	В	фармакодинамику и фармакокинетику препарата
О	Г	характер гнойного отделяемого из раны
В	004	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	санацию первичного очага, назначение антибактериальной терапии, воздействие на макроорганизм
О	Б	иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной терапии, физиопроцедуры, воздействие на макроорганизм
О	В	вскрытие межмышечной флегмоны, иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной терапии, воздействие на макроорганизм
О	Г	санацию первичного очага, назначение антибактериальной терапии, занятия ЛФК, массаж
В	005	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННОГО ВКЛЮЧАЕТ
О	А	пункцию сустава, иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной терапии, воздействие на макроорганизм
О	Б	иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной терапии, физиопроцедуры, симптоматическое лечение
О	В	санацию первичного очага, назначение антибактериальной терапии, занятия ЛФК, массаж
О	Г	остеоперфорацию в месте предполагаемого очага, иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной терапии, симптоматическое лечение
В	006	У НОВОРОЖДЕННОГО КАК ИСХОД ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА _____ ИСКЛЮЧЕНО
О	А	формирование ложного сустава
О	Б	укорочение конечности
О	В	удлинение конечности
О	Г	искривление конечности
В	007	ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА НОВОРОЖДЕННЫХ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДЫ
О	А	консервативные или оперативные в зависимости от стадии заболевания
О	Б	оперативные при отсутствии эффекта от консервативных
О	В	всегда оперативные вне зависимости от стадии заболевания
О	Г	только консервативные вне зависимости от стадии заболевания
В	008	ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ ОТСУТСТВУЮТ ПОКАЗАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ

<input type="radio"/>	А	консервативной дезинвагинации
<input type="radio"/>	Б	лапароскопической дезинвагинации
<input type="radio"/>	В	оперативной дезинвагинации
<input type="radio"/>	Г	видеоассистированному вмешательству
<input type="radio"/>	009	ПОКАЗАНИЕМ К КОНСЕРВАТИВНОЙ ДЕЗИНВАГИНАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	стадия ярких клинических проявлений
<input type="radio"/>	Б	стадия начинающихся осложнений
<input type="radio"/>	В	стадия тяжелых осложнений
<input type="radio"/>	Г	рецидивирующая инвагинация
<input type="radio"/>	010	КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ РАННЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ
<input type="radio"/>	А	6-12
<input type="radio"/>	Б	3-6
<input type="radio"/>	В	12-24
<input type="radio"/>	Г	24-48
<input type="radio"/>	011	КОНСЕРВАТИВНУЮ ТЕРАПИЮ ПРИ ПОЗДНЕЙ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В ТЕЧЕНИЕ _____ ЧАСОВ
<input type="radio"/>	А	3-6
<input type="radio"/>	Б	6-12
<input type="radio"/>	В	12-24
<input type="radio"/>	Г	24-48
<input type="radio"/>	012	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРИНОТОРАКСА ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	торакоскопия с дренированием плевральной полости
<input type="radio"/>	Б	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
<input type="radio"/>	В	дренирование плевральной полости с пассивной аспирацией
<input type="radio"/>	Г	пункция плевральной полости без дренирования
<input type="radio"/>	013	МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЩЕВИДНОГО ПЛЕВРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	пункция плевральной полости
<input type="radio"/>	Б	дренирование плевральной полости с активной аспирацией
<input type="radio"/>	В	дренирование плевральной полости с пассивной аспирацией
<input type="radio"/>	Г	санационная торакоскопия
<input type="radio"/>	014	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТОРАКОСКОПИИ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	фрагментация плевральной полости швартами
<input type="radio"/>	Б	наличие большого количества гнойного выпота
<input type="radio"/>	В	наличие бронхо-плеврального свища
<input type="radio"/>	Г	давность заболевания свыше 14 дней

В	015	КЛАССИЧЕСКУЮ ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ГИДРОТОРАКСЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В _____ МЕЖРЕБЕРЬЕ ПО СРЕДНЕЙ ПОДМЫШЕЧНОЙ ЛИНИИ
О	А	5-6
О	Б	6-7
О	В	4-5
О	Г	2-3
В	016	ПЛЕВРАЛЬНУЮ ПУНКЦИЮ ПРИ ПНЕВМОТОРАКСЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНЯТЬ В
О	А	2-3 межреберье по средней ключичной линии
О	Б	5-6 межреберье по задней подмышечной линии
О	В	6-7 межреберье по средней подмышечной линии
О	Г	4-5 межреберье по средней подмышечной линии
В	017	ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ПИОПНЕВМОТОРАКСЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ В
О	А	4-5 межреберье по средней подмышечной линии
О	Б	2-3 межреберье по средней ключичной линии
О	В	5-6 межреберье по задней подмышечной линии
О	Г	6-7 межреберье по средней подмышечной линии
В	018	РЕНТГЕНКОНТРОЛЬ ЛЕГКИХ ПРИ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРОВОДЯТ
О	А	по показаниям
О	Б	при поступлении и перед выпиской
О	В	при поступлении, через 1 неделю терапии
О	Г	через 1 неделю терапии, перед выпиской
В	019	ПРИ РАЗВИТИИ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОМЕДИАСТИНУМА ПОКАЗАНО
О	А	дренирование средостения через яремную ямку
О	Б	дренирование средостения через щель Ларрея
О	В	дренирование плевральных полостей
О	Г	выполнение пункции плевральных полостей
В	020	ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕБЕНКА С ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ ОТСУТСТВУЮТ В СЛУЧАЕ ВЫЯВЛЕНИЯ
О	А	ненапряженных булл
О	Б	двустороннего процесса
О	В	напряженных булл
О	Г	множественных мелкоочаговых деструкций
В	021	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ ПРОВОДЯТ
О	А	после 5 лет
О	Б	по установлению диагноза
О	В	в возрасте 3-х лет

О	Г	в возрасте 4-х лет
В	022	МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА В РАННИЕ СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	расправление инвагината воздухом
О	Б	лапароскопическая дезинвагинация
О	В	колоноскопическая дезинвагинация
О	Г	открытая дезинвагинация
В	023	МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖИ С СИМПТОМАМИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	экстренное грыжесечение
О	Б	консервативное вправление грыжи
О	В	очистительная клизма и стимуляция кишечника
О	Г	экстренная лапаротомия
В	024	ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА «ГРЫЖА БЕЛОЙ ЛИНИИ ЖИВОТА» ПОКАЗАНО
О	А	оперативное лечение
О	Б	динамическое наблюдение
О	В	проведение консервативной терапии
О	Г	оперативное лечение при отсутствии эффекта от консервативных мероприятий
В	025	ЭКСТРЕННАЯ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ПУНКЦИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
О	А	напряженном пневмотораксе
О	Б	кистозной дисплазии легкого
О	В	врожденной диафрагмальной грыже
О	Г	врожденной лобарной эмфиземе
В	026	ЭКСТРЕННАЯ БРОНХОСКОПИЯ ПОКАЗАНА ПРИ
О	А	ателектазе легкого
О	Б	кистозной дисплазии легкого
О	В	врожденной диафрагмальной грыже
О	Г	врожденной лобарной эмфиземе
В	027	ПРИ ЗАТРУДНЕННОМ МОЧЕИСПУСКАНИИ И СУЖЕНИИ МЕАТАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ УРЕТРЫ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
О	А	оперативного лечения – меатотомии
О	Б	динамического наблюдения
О	В	консервативной терапии
О	Г	оперативного лечения – обрезания крайней плоти
В	028	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕАТАЛЬНОГО СТЕНОЗА ПРОВОДИТСЯ
О	А	сразу при установлении диагноза
О	Б	у детей старше 6 месяцев

О	В	в возрасте 1 года
О	Г	при отсутствии эффекта от консервативной терапии
В	029	ПРИ РУБЦОВОМ ФИМОЗЕ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ
О	А	оперативного лечения – обрезания крайней плоти
О	Б	оперативного лечения – меатотомии
О	В	консервативной терапии
О	Г	динамического наблюдения
В	030	НЕОБХОДИМЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ
		ВТОРИЧНЫХ ШВОВ ПРИ ГНОЙНОЙ РАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	начало репаративной фазы
О	Б	купирование перифокального воспаления
О	В	нормализация лабораторных показателей
О	Г	отсутствие отделяемого из раны
К	ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
В	001	ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЭМПИРИЧЕСКОЙ
		АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ
		УЧИТЫВАЮТ
О	А	особенности течения патологического процесса
О	Б	фармакодинамику и фармакокинетику препарата
О	В	характер гнойного отделяемого из раны
О	Г	побочные эффекты и токсичность препарата
В	002	ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У
		ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ВКЛЮЧАЕТ
О	А	санацию первичного очага, назначение антибактериальной
		терапии, воздействие на макроорганизм
О	Б	иммобилизацию конечности, назначение антибактериальной
		терапии, физиопроцедуры, воздействие на макроорганизм
О	В	вскрытие межмышечной флегмоны, иммобилизацию конечности,
		назначение антибактериальной терапии, воздействие на
		макроорганизм
О	Г	санацию первичного очага, назначение антибактериальной
		терапии, занятия ЛФК, массаж
В	003	ВЫБЕРИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ
		ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ТРАВМАТОЛОГИИ
О	А	период иммобилизации
О	Б	наличие металлоостеосинтеза
О	В	наличие ложного сустава
О	Г	болевого синдром
В	004	САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЯМ ПОСЛЕ
		ПЕРЕНЕСЕННОЙ ОСТРОЙ ГНОЙНОЙ ДЕСТРУКТИВНОЙ

		ПНЕВМОНИИ ПРОВОДИТСЯ
О	А	сразу после выписки из стационара
О	Б	два раза в год
О	В	только по решению лечащего врача
О	Г	при выявлении нарушения функции дыхания
В	005	К СРЕДСТВАМ ЛФК (КИНЕЗОТЕРАПИИ) НЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	Физические упражнения
О	Б	Массаж
О	В	Технические средства реабилитации
О	Г	Двигательные режимы
В	006	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛФК У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	тяжелое состояние больного, обусловленное послеоперационными осложнениями, в том числе перитонитом
О	Б	ранний послеоперационный период
О	В	застойная пневмония с субфебрильной температурой тела
О	Г	боли при движениях в послеоперационной зоне
В	007	МЕТОДИКА ЛФК ПОСЛЕ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ С 1-2-ГО ДНЯ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	дыхательные упражнения и упражнения для мелких и средних мышечных групп конечностей
О	Б	упражнения для ног и туловища
О	В	упражнения с напряжением мышц живота
О	Г	упражнения с предметами
В	008	ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	высокая температура тела (38-39°C), не связанная с задержкой мокроты
О	Б	наличие следов крови в мокроте
О	В	парез кишечника
О	Г	сердечно-сосудистая недостаточность I степени
В	009	К СПЕЦИАЛЬНЫМ УПРАЖНЕНИЯМ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ ОТНОСЯТСЯ УПРАЖНЕНИЯ
О	А	все перечисленное
О	Б	способствующие дренированию просвета бронхов
О	В	способствующие увеличению подвижности диафрагмы и улучшению вентиляции всех отделов легких
О	Г	способствующие увеличению силы собственной и вспомогательной дыхательной мускулатуры
В	010	МЕТОДИКА ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА

		ЛЕГКИХ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	все перечисленное
О	Б	дыхательные упражнения
О	В	упражнения на расслабление
О	Г	дренажные упражнения
В	011	ЗАДАЧАМИ ЛЕЧЕБНОЙ ГИМНАСТИКИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	все перечисленное
О	Б	улучшение функции внешнего дыхания
О	В	обучение диафрагмальному дыханию и откашливанию мокроты
О	Г	обучение комплексу лечебной гимнастики для раннего послеоперационного периода
В	012	ЗАДАЧАМИ ФИЗИОТЕРАПИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	профилактика гнойно-септических осложнений
О	Б	восстановление крово- и лимфотока в области операции
О	В	уменьшение болевого синдрома
О	Г	купирование воспаления и уменьшение отека оперированных тканей
В	013	ЗАДАЧИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
О	А	предупреждение и лечение осложнений в послеоперационном периоде
О	Б	применение в раннем послеоперационном периоде эластической компрессии нижних конечностей
О	В	использование антикоагулянтов для профилактики тромботических осложнений
О	Г	своевременная и адекватная активизация пациента
В	014	ЭЛЕКТРОФОРЕЗ ПРЕДПОЛАГАЕТ СОЧЕТАНИЕ ДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ
О	А	постоянного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ
О	Б	переменного тока и вводимых с его помощью лекарственных веществ
О	В	высокочастотных звуковых волн и вводимых с его помощью лекарственных веществ
О	Г	непрерывного и импульсного электрического поля ультравысокой частоты
В	015	ЛЕЧЕБНОЕ ПИТАНИЕ - ЭТО
О	А	применение специальных рационов и режимов питания
О	Б	использование в рационе протертых и вареных блюд
О	В	использование для питания обогащенных витаминами продуктов
О	Г	режим питания в раннем послеоперационном периоде
В	016	К МЕТОДАМ МАССАЖА НЕ ОТНОСИТСЯ

О	А	общий
О	Б	аппаратный
О	В	комбинированный
О	Г	ручной
В	017	К МЕТОДАМ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ НЕ ОТНОСИТСЯ
О	А	эластическая компрессия
О	Б	ЛФК
О	В	массаж
О	Г	физиотерапия
В	018	ОПРЕДЕЛЯЕТ ВЫБОР МЕТОДОВ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ
О	А	течение послеоперационного периода
О	Б	вес пациента
О	В	возраст пациента
О	Г	сложность хирургического вмешательства
В	019	ФИЗИОТЕРАПИЯ - ЭТО
О	А	наука о воздействии на организм естественных и искусственных физических факторов с лечебной и профилактической целью
О	Б	комплекс лечебных и профилактических мероприятий, направленных на скорейшее восстановление здоровья пациента
О	В	способ ухода за пациентом в послеоперационном периоде
О	Г	правильная дыхательная гимнастика
В	020	ЗАДАЧАМИ МАССАЖА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	восстановление крово- и лимфотока в мышцах и коже
О	Б	уменьшение болевого синдрома
О	В	купирование воспаления и уменьшение отека оперированных тканей
О	Г	профилактика гнойно-септических осложнений
В	021	К ОСНОВНОМУ ПРИНЦИПУ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОТНОСИТСЯ
О	А	индивидуализация конкретных программ медицинской реабилитации
О	Б	единство этиопатогенетической и симптоматической терапии
О	В	курсовое проведение реабилитационных мероприятий на разных этапах
О	Г	динамическое проведение этапов медицинской реабилитации, последовательность прохождения которых может быть различной в зависимости от патологии
В	022	ОСНОВНОЕ ОТЛИЧИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ОТ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
О	А	участии в реабилитации специалистов с немедицинским образованием (психологов, логопедов и т.д.)

<input type="radio"/>	Б	применении различные препараты
<input type="radio"/>	В	сроках начала: лечение проводится в остром периоде заболевания, реабилитационные мероприятия — в подостром
<input type="radio"/>	Г	использовании различных методов воздействия
В	023	ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ОБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ?
<input type="radio"/>	А	комплексная оценка с включением критериев качества жизни;
<input type="radio"/>	Б	Самооценка пациента
<input type="radio"/>	В	Оценка улучшения функций организма
<input type="radio"/>	Г	Оценка улучшения условия проживания пациента
В	024	АБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
<input type="radio"/>	А	Систему формирования отсутствовавших у людей с инвалидностью способностей к бытовой, общественной, профессиональной деятельности
<input type="radio"/>	Б	Процесс организации деятельности реабилитационных учреждений в системе медицинской реабилитации
<input type="radio"/>	В	Систему полного или частичного восстановления функций людей с инвалидностью
<input type="radio"/>	Г	Подход к реабилитации, основанный на использовании лекарственных средств
В	025	ОДНИМ ИЗ КЛЮЧЕВЫХ ПРИНЦИПОВ НОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ МОДЕЛИ ЯВЛЯЕТСЯ
<input type="radio"/>	А	активное участие пациента
<input type="radio"/>	Б	организация реабилитации на базе медицинских учреждений
<input type="radio"/>	В	медикаментозная поддержка реабилитации
<input type="radio"/>	Г	использование хирургических методов
В	026	ПЕРЕЧИСЛИТЕ ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ
<input type="radio"/>	А	раннее начало и непрерывность, индивидуальный подход, комплексность, мультидисциплинарность
<input type="radio"/>	Б	комплексность и непрерывность
<input type="radio"/>	В	проведение в коллективе
<input type="radio"/>	Г	эффективность
В	027	РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ В СЕБЯ
<input type="radio"/>	А	список проблем и возможностей пациента
<input type="radio"/>	Б	цели медикаментозного лечения
<input type="radio"/>	В	клинические синдромы
<input type="radio"/>	Г	анамнез заболевания
В	028	РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ДИАГНОЗ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ
<input type="radio"/>	А	возможности пациента и его деятельность в характерном для пациента образе жизни
<input type="radio"/>	Б	результаты инструментальных исследований

О	В	характеристику основного заболевания
О	Г	результаты лабораторных исследований
В	029	ПОД РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ПАЦИЕНТА ПОНИМАЮТ
О	А	возможность пациента восстановиться к определенному моменту в будущем
О	Б	прогноз результатов лечения в будущем
О	В	возможные значения оценочных шкал пациента в будущем
О	Г	возможность получения реабилитационных мероприятий
В	030	ОСНОВНЫМИ СТРАТЕГИЯМИ РЕАБИЛИТАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	реабилитационная, профилактическая, адаптационная, паллиативная
О	Б	лечебная и адаптивная
О	В	лечебная, профилактическая, диагностическая
О	Г	профилактическая, лечебная, реабилитационная
К	ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
В	001	КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКРЕПЛЕНЫ В ПРИКАЗЕ МЗ РФ
О	А	203н от 10.05.2017
О	Б	323-ФЗ от 21.11.2011
О	В	422ан от 07.07.2015
О	Г	520н от 15.06.2016
В	002	К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 2 часов от момента установления диагноза
О	Б	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 12 часов от поступления
О	В	осмотр детским хирургом не позднее 2 часов от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 2 часов от момента установления диагноза
О	Г	осмотр детским хирургом не позднее 2 часов от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 12 часов от поступления
В	003	К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 2 часов от момента установления диагноза
О	Б	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления,

		выполнение хирургического вмешательства не позднее 12 часов от поступления
О	В	осмотр детским хирургом не позднее 2 часов от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 2 часов от момента установления диагноза
О	Г	осмотр детским хирургом не позднее 2 часов от поступления, выполнение хирургического вмешательства не позднее 12 часов от поступления
В	004	К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИНВАГИНАЦИИ КИШЕЧНИКА ОТНОСЯТСЯ
О	А	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, проведение УЗИ не позднее 1 часа от поступления, выполнение дезинвагинации не позднее 1 часа от момента установления диагноза
О	Б	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, проведение УЗИ не позднее 2 часов от поступления, выполнение дезинвагинации не позднее 1 часа от момента установления диагноза
О	В	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, проведение УЗИ не позднее 2 часов от поступления, выполнение дезинвагинации не позднее 2 часов от момента установления диагноза
О	Г	осмотр детским хирургом не позднее 2 часов от поступления, проведение УЗИ не позднее 2 часов от поступления, выполнение дезинвагинации не позднее 2 часов от момента установления диагноза
В	005	К КРИТЕРИЯМ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ГРЫЖАХ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ОТНОСЯТСЯ
О	А	антибиотикопрофилактика за 30 минут до выполнения вмешательства, морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)
О	Б	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, антибиотикопрофилактика за 30 минут до выполнения вмешательства
О	В	осмотр детским хирургом не позднее 1 часа от поступления, морфологическое (гистологическое) исследование препарата удаленного органа (ткани)
О	Г	антибиотикопрофилактика за 30 минут до выполнения вмешательства, отсутствие гнойно-септических осложнений в течение 1 года после операции
В	006	ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ» ИЗЛОЖЕН В ПРИКАЗЕ МИНЗДРАВА РОССИИ
О	А	562н от 31.10.2012
О	Б	562н от 31.10.2010
О	В	323-ФЗ от 21.11.2011
О	Г	1007н от 17.11.2010

В	007	СХЕМА МАРШРУТИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ПО ПРОФИЛЮ «ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ» ДЛЯ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ЭКСТРЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ ПРЕДПОЛАГАЕТ НАПРАВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ
О	А	согласно Регламенту оказания медицинской помощи детям по профилю «Детская хирургия» в Пермском крае
О	Б	только в хирургические отделения ГБУЗ ПК Краевая детская клиническая больница
О	В	только в хирургические отделения по месту жительства с учетом закрепления территорий
О	Г	перевод в ГБУЗ ПК Краевая детская клиническая больница только по согласованию
В	008	К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, ПРИМЕНЯЕМОЙ В КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, НЕ ОТНОСЯТСЯ
О	А	направление на госпитализацию
О	Б	карта амбулаторного больного
О	В	карта вышедшего из стационара
О	Г	медицинская история болезни
В	009	ТИПИЧНЫМИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ПРИ КОТОРЫХ У ДЕТЕЙ ПРОИСХОДЯТ МНОЖЕСТВЕННЫЕ И СОЧЕТАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ, ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	автотравма и падение с высоты
О	Б	автотравма
О	В	падение с высоты
О	Г	спортивный травматизм
В	0010	ПРИ ПОЛИТРАВМЕ, ВОЗНИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ, У ДЕТЕЙ ПРЕОБЛАДАЕТ
О	А	черепно-мозговая травма, повреждения внутренних органов и нижних конечностей
О	Б	черепно-мозговая травма
О	В	черепно-мозговая травма, повреждения верхних и нижних конечностей
О	Г	черепно-мозговая травма, повреждения позвоночника и таза
В	011	КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ЭТО
О	А	система мер оперативного характера, позволяющих оценивать выполнение основных компонентов качества медицинской помощи
О	Б	совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата

О	В	обеспечение прав пациентов на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества
О	Г	совокупность признаков и свойств продукции или услуг, которые придают им способность удовлетворять конкретные установленные или предлагаемые потребности людей
В	012	ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
О	А	Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзором)
О	Б	территориальными органами управления здравоохранением
О	В	страховыми медицинскими организациями
О	Г	Министерством здравоохранения Российской Федерации
В	013	ФОРМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	внутренний, ведомственный, государственный
О	Б	внутренний, ведомственный, независимая оценка
О	В	внутренний, медико-экономический, независимая оценка
О	Г	медико-экономический, независимая оценка, государственный
В	014	ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	принятие мер по пресечению и устранению последствий нарушения обязательных требований, предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности
О	Б	принятие мер по пресечению и устранению последствий нарушения обязательных требований, обеспечение качества медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях
О	В	предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью и соблюдения прав пациентов
О	Г	определение показателей качества, обеспечение качества медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях
В	015	ОБЪЕКТЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	применение медицинских изделий и порядок их утилизации, лицензирование медицинской деятельности, применение порядков и стандартов медицинской помощи, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья
О	Б	лицензирование медицинской деятельности, применение порядков и стандартов медицинской помощи, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья
О	В	применение медицинских изделий и порядок их утилизации,

		лицензирование медицинской деятельности, применение порядков и стандартов медицинской помощи
О	Г	применение медицинских изделий и порядок их утилизации, лицензирование медицинской деятельности, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья
В	016	ВЕДОМСТВЕННЫЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
О	А	территориальными органами управления здравоохранением, Министерством здравоохранения Российской Федерации
О	Б	Министерством здравоохранения Российской Федерации, Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор)
О	В	Министерством здравоохранения Российской Федерации, страховыми медицинскими организациями
О	Г	страховыми медицинскими организациями, руководителем медицинской организации
В	017	ЗАДАЧИ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	обеспечение качества медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях, определение показателей качества
О	Б	обеспечение качества медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях, оценка качества и безопасности оказания медицинских услуг
О	В	определение показателей качества, предупреждение, выявление и пресечение нарушений требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности
О	Г	изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью и соблюдения прав пациентов, определение показателей качества
В	018	ВНУТРЕННИЙ КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
О	А	врачебной комиссией медицинской организации, должностными лицами медицинской организации
О	Б	Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), Министерством здравоохранения Российской Федерации
О	В	должностными лицами медицинской организации, страховыми медицинскими организациями
О	Г	Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор), страховыми медицинскими организациями
В	019	ЗАДАЧИ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
О	А	изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью и соблюдения прав пациентов, оценка качества и безопасности оказания медицинских услуг
О	Б	определение показателей качества, обеспечение качества

		медицинской помощи в подведомственных медицинских организациях
О	В	оценка качества и безопасности оказания медицинских услуг, определение показателей качества
О	Г	изучение удовлетворенности пациентов медицинской помощью и соблюдения прав пациентов, определение показателей качества
В	020	КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ — ЭТО
О	А	совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата
О	Б	совокупность признаков, оказываемой помощи или услуги, которые удовлетворили бы потребности людей
О	В	совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи ожидаемому результату
О	Г	соотношение результатов, выраженных в определенных показателях (медицинских, социальных или экономических), к производным затратам
В	021	АВТОМАТИЗИРОВАННОЕ РАБОЧЕЕ МЕСТО (АРМ) - ЭТО
О	А	рабочее место специалиста, оснащенное персональным компьютером, программным обеспечением и совокупностью информационных ресурсов, которые позволяют ему вести обработку данных с целью получения информации, обеспечивающей поддержку принимаемых им решений при выполнении профессиональных функций
О	Б	рабочее место специалиста, оснащенное персональным компьютером
О	В	рабочее место специалиста, оснащенное персональным компьютером и Интернетом
О	Г	рабочее место специалиста, оснащенное техническими устройствами
В	022	АРМ ВРАЧА НЕ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ
О	А	внесение сведений о повышении квалификации врача
О	Б	ведение электронной истории болезни (электронной медицинской карты)
О	В	учет пациентов, формирование электронной картотеки, быстрый поиск необходимой информации
О	Г	назначения лекарственных средств в соответствии с их реестром (РЛС)
В	023	В СТРУКТУРУ ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ АРМ ВРАЧА НЕ ВХОДИТ
О	А	системы автоматизированного проектирования
О	Б	медицинские приборно-компьютерные системы
О	В	информационно-справочные системы
О	Г	консультационно-диагностические системы
В	024	К КРИТЕРИЯМ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ОМС ПЕРМСКОГО КРАЯ ОТНОСЯТСЯ
О	А	все вышеперечисленное

О	Б	удовлетворенность населения медицинской помощью
О	В	материнская смертность
О	Г	уровень госпитализации
В	025	ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ВКЛЮЧАЕТ
О	А	выдачу документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе мед. страхования
О	Б	определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемой в МО
О	В	определение соответствия качества деятельности установленным стандартам
О	Г	оценку степени квалификации медицинского персонала
В	026	УКАЖИТЕ КАКОЙ ВИД МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКИМ
О	А	стационарная
О	Б	амбулаторно-поликлиническая
О	В	скорая медицинская помощь
О	Г	санаторно-курортная
В	027	В ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ЗДОРОВЬЕ», ПРИНЯТОЕ ВОЗ, ВХОДЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ЭЛЕМЕНТЫ
О	А	состояние полного физического, психического и социального благополучия
О	Б	возможность трудовой деятельности наличие или отсутствие болезней
О	В	наличие или отсутствие болезней
О	Г	наличие или отсутствие физических недостатков
В	028	ХАРАКТЕРИСТИКОЙ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	адекватность
О	Б	преемственность и непрерывность
О	В	действенность и результативность
О	Г	безопасность
В	029	ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ЦЕНТРОВ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	методическая помощь врачам удаленных ЛПУ
О	Б	своевременное направление заявок на телеконсультации
О	В	подготовка данных о пациенте в электронном виде согласно установленным требованиям
О	Г	электронная очередь
В	030	МЕТОДЫ ДИСТАНЦИОННОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА БАЗЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ И ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ – ЭТО
О	А	телемедицина
О	Б	видеоконференция
О	В	видеомедицина

О	Г	телемониторинг
---	---	----------------

ФОНД СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Задачи включают условие на основе реальной клинической ситуации и вопросы открытого типа на оценивание одной или нескольких компетенций

Критерии оценивания по пятибальной шкале:

«отлично» - обучающийся дал правильные, полные, обоснованные ответы на все вопросы;

«хорошо» - обучающийся верно ответил на все вопросы, но допустил отдельные несущественные неточности или недостаточно полно аргументировал некоторые ответы;

«удовлетворительно» обучающийся дал частично правильные или неправильные ответы на 2 и более вопросов из пяти

«неудовлетворительно» обучающийся помимо неполных или неточных ответов допустил грубые ошибки или не ответил на 2 и более вопроса из 5;

Набор задач с эталонами ответов

Номер задачи-	001
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	<p>Бригадой Скорой медицинской помощи в приемный покой хирургического стационара доставлен ребенок 3-х недель с приступом цианоза.</p> <p>Мама предъявляет жалобы на кашель во время кормления ребенка, особенно в положении лежа. В последние дни кашель стал более выраженным и продолжительным.</p> <p>Из анамнеза: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне хронической внутриутробной гипоксии. Роды в 37 недель, оперативные, в связи с ранним излитием околоплодных вод. Закричал после отсасывания слизи из ротоглотки, и вентиляции через лицевую маску мешком «Амбу». При рождении масса тела 3100 г. В первые сутки ребенка к груди не прикладывали. Со вторых суток начато кормление сцеженным молоком, с третьего дня - на грудном вскармливании. Ребенок выписан на 7-е сутки домой в удовлетворительном состоянии.</p> <p>При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, цианоз носогубного треугольника. Грудная клетка правильной формы. При аускультации в легких дыхание проводится во все отделы, выслушиваются влажные хрипы с обеих сторон, больше справа, ЧДД 40 /мин. Со</p>

	<p>стороны сердца без патологии. Живот значительно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Со слов мамы стул у ребенка 4-5 раз в сутки, желтый, часто отходят газы.</p> <p>Врач детский хирург попросил покормить ребенка. При кормлении сразу же возник приступ кашля, и появился цианоз лица. После того, как ребенок успокоился, цианоз исчез.</p>
<i>Вопрос 1</i>	<i>Поставьте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.</i>
Эталон ответа 1	<p>Предварительный диагноз – изолированный трахеопищеводный свищ.</p> <p>Диагноз установлен на основании клинических проявлений (приступы кашля и цианоза у ребенка во время кормления в положении лежа, явления метеоризма), результатов физикального обследования (наличие влажных хрипов, больше справа, учащение дыханий).</p>
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснован.
Критерий оценивания «4/3»	<p>Предварительный диагноз верный, обоснования нет</p> <p>Или</p> <p>Предварительный диагноз частично верный (Установлен псевдобульбарный синдром), обоснование частичное.</p>
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	<i>Определите тактику врача. В консультациях каких специалистов ребенок нуждается?</i>
Эталон ответа 2	Показана госпитализация в многопрофильный стационар с целью обследования и уточнения диагноза. Нуждается в консультации невролога (исключить неврологическую патологию).
Критерий оценивания «5»	Тактика и специалисты-консультанты определены верно.
Критерий оценивания «4/3»	<p>Тактика определена верно, специалисты-консультанты определены частично верно</p> <p>или</p> <p>Тактика определена частично верно, специалисты-консультанты определены частично верно</p> <p>или</p> <p>Тактика определена частично верно, специалисты-консультанты не определены.</p>
Критерий оценивания «2»	Тактика определена неверно.
<i>Вопрос 3</i>	<i>Составьте план обследования ребенка с целью подтверждения диагноза. Ожидаемые результаты.</i>
Эталон ответа 3	<p>Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей (избыточное газообразование петель кишечника, наличие признаков аспирационной пневмонии), фибробронхоскопия (обнаружение в мембранозной части трахеи щелевидного или воронкообразного углубления), эзофагография с водорастворимым контрастным веществом в положении лежа на животе (выявление затека контрастного вещества в трахеобронхиальное дерево).</p>
Критерий	План обследования верный, ожидаемые результаты указаны.

оценивания «5»	
Критерий оценивания «4/3»	План обследования верный, ожидаемые результаты не указаны или План обследования частично верный (Не все методы диагностики указаны), ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий оценивания «2»	План обследования неверный.
<i>Вопрос 4</i>	<i>Какие осложнения заболевания возможны?</i>
Эталон ответа 4	До оперативного лечения – аспирационная пневмония, развитие ателектаза сегмента/доли/легкого; после хирургической коррекции возможен рецидив трахеопищеводного свища, стеноз трахеи.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все возможные осложнения).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	<i>Определите объем предоперационной подготовки.</i>
Эталон ответа 5	Исключить кормление через рот (зондовое питание), санация трахеобронхиального дерева (бронхоскопии), лечение аспирационной пневмонии (антибактериальная терапия, ингаляции).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все направления предоперационной подготовки).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	002
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	В приемный покой хирургического стационара бригадой Скорой медицинской помощи доставлен мальчик 19 дней. Со слов мамы у ребенка сегодня четыре раза была обильная рвота «фонтаном» вскоре после кормления створоженным молоком без примеси желчи. Ребенок стал беспокойным, постоянно кричит, сосет кулачки.

	<p>Из анамнеза: ребенок от первой, нормально протекавшей беременности и первых физиологических родов. При рождении оценка по шкале Апгар 8/9 баллов, масса тела 3650 г. Выписан из роддома на 5-е сутки. Вскармливание грудное. Стул 5-6 раз в день. Мочится в памперс.</p> <p>При осмотре кожные покровы чистые, розовые, тургор тканей снижен. Подкожно-жировой слой сохранен. Большой родничок 1,5 x 1,5 см, умеренно западает. Слизистые влажные. Со стороны легких, сердца без патологии. Живот вздут в эпигастральной области, здесь же периодически видна перистальтика желудка. Нижние отделы живота запавшие. Со слов мамы ребенок сегодня очень редко мочится.</p>
<i>Вопрос 1</i>	<i>Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.</i>
Эталон ответа 1	<p>Предположительный диагноз – пилоростеноз, острое течение. Эксикоз I степени.</p> <p>Диагноз уставлен на основании: характерного начала заболевания (возраст ребенка, появление обильной рвоты «фонтаном», створоженным молоком, без желчи, беспокойство), клинических проявлений (вздутие эпигастральной области, запавшие нижние отделы живота, видимая перистальтика желудка – симптом «песочных часов»), признаков обезвоживания (урежение мочеиспусканий, западение большого родничка).</p>
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснован.
Критерий оценивания «4/3»	<p>Предварительный диагноз верный, обоснования нет или</p> <p>Предварительный диагноз частично верный (Не указано течение заболевания, нет осложнений), обоснование частичное.</p>
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	<i>В чем причина заболевания?</i>
Эталон ответа 2	В основе заболевания лежит нарушение проходимости пилорического отдела желудка, обусловленное удлинением и утолщением мышечного слоя за счет разрастания в нем соединительной ткани и порочно развитых нервных ганглиев.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все причины).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	<i>Составьте план обследования ребенка с целью уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.</i>
Эталон ответа 3	<p>Пальпация пилорического отдела желудка (определение гипертрофированного привратника), УЗИ желудка (обнаружение утолщенного более 4 мм и удлиненного более 16 мм пилорического отдела), общий анализ крови (признаки сгущения крови), биохимический анализ крови (гипокалиемия, гипохлоремия, метаболический алкалоз), фиброэзофагогастроскопия (увеличенный</p>

	желудок, большой объем содержимого натошак, без желчи, сглаженность складок желудка, резко суженный вход в пилорический отдел, непроходимый аппаратом, кроме того могут быть выявлены признаки рефлюкс-эзофагита), обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости (увеличенный в размерах желудок, снижение газонаполнения кишечных петель, хорошо определяемая толстая кишка – «ложный метеоризм», кроме того может быть выявлена аспирационная пневмония).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, ожидаемые результаты указаны.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ верный, ожидаемые результаты не указаны или Ответ частично верный (Указаны не все методы диагностики), ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	<i>Предполагаемое лечение. Прогноз.</i>
Эталон ответа 4	Проведение предоперационной подготовки (устранение нарушений водно-электролитного баланса, метаболических нарушений путем проведения инфузионной терапии, декомпрессия желудка постоянным назогастральным зондом, при наличии показаний лечение аспирационной пневмонии, рефлюкс-эзофагита), проведение хирургического вмешательства – пилоромии (открытым способом или эндоскопическим). Прогноз благоприятный.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все направления лечения).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	<i>Особенности послеоперационного периода после выполнения пилоромии.</i>
Эталон ответа 5	После операции установка желудочного зонда на 3 часа, начало дробного введения жидкости в зонд по 5 мл в первые сутки послеоперационного периода; назначение инфузионной терапии в объеме суточной потребности с элементами парентерального питания с последующим уменьшением объема внутривенно вводимой жидкости до полной отмены к пятым суткам; постепенное увеличение объема энтерального питания со вторых суток до физиологического объема к пятым суткам; проведение обезболивания по показаниям; обработка послеоперационных швов стандартным способом, снятие швов на 7 сутки.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все направления лечения).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.

Номер задачи-	003
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции, с ровными контурами, безболезненное, 5х3,5 см, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено.
Вопрос 1	<i>Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.</i>
Эталон ответа 1	Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка. Диагноз установлен на основании сведений из анамнеза (с рождения увеличение левой половины мошонки), клинических проявлений (наружное паховое кольцо не расширено, наличие опухолевидного эластического безболезненного образования, не вправляющегося в брюшную полость, увеличивающегося в размерах к вечеру).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
Вопрос 2	<i>Определите тактику врача.</i>
Эталон ответа 2	У детей до 1 года при сообщающейся водянке оболочек яичка придерживаются выжидательной тактики и проводят динамическое наблюдение. В большинстве случаев не требуется врачебного вмешательства, так как водянка оболочек яичка может проходить самостоятельно по мере облитерации влагалищного отростка брюшины.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.

<i>Вопрос 3</i>	<i>Изменится ли тактика детского хирурга в случае увеличения количества жидкости в оболочках яичка?</i>
Эталон ответа 3	Если большое количество жидкости вызывает напряжение в оболочках яичка, сопровождаемое беспокойством ребенка за счет сдавления яичка, то у детей до 6 месяцев возможен пункционный метод лечения.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	<i>Какие хирургические вмешательства и в какие сроки проводят при водянке оболочек яичка у детей?</i>
Эталон ответа 4	Хирургические вмешательства проводят детям старше 1-1,5 лет. При сообщающейся водянке, как правило, используется методика Росса – выделение из элементов семенного канатика, иссечение и перевязка у внутреннего пахового кольца брюшинного отростка, а также формирование «окна» в оболочках яичка. Изолированная водянка служит показанием к операции Бергмана – иссечению внутренних оболочек яичка из мошоночного доступа. Операция Винкельмана – рассечение оболочек яичка спереди и сшивание образовавшихся краев оболочек позади придатка. В настоящее время используется редко в связи с изменением вида мошонки и контуров яичка. Иногда используются лапароскопические операции при водянке яичка, однако травматичность, риск рецидивов и осложнений при их использовании выше, а продолжительность наркоза больше, поэтому широкого распространения они не находят.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	<i>Диспансерное наблюдение после выписки из стационара после оперативного вмешательства по поводу сообщающейся водянки оболочек яичка.</i>
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенок освобождается от занятий спортом (физкультурой) до 1 месяца. Контрольный осмотр должен быть произведен через 6-12 месяцев после операции (исключить возможность рецидива водянки или появления паховой грыжи).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.

Номер задачи-	004
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	<p>На приеме у врача-педиатра мама с девочкой 2,5 лет. Со слов мамы ребенок в последнее две недели стал часто жаловаться на боли в животе. Температура тела не повышалась. Мама заметила увеличение живота в размерах. Проблем со стулом у ребенка нет. Мочиться стала реже, чем обычно. Накануне во время купания мама обнаружила слева в животе «что-то плотное».</p> <p>При осмотре: самочувствие девочки не страдает, обращает на себя внимание увеличенный в размерах живот. Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы бледноватые. Тургор мягких тканей сохранен. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание выслушивается равномерно во всех отделах, хрипов нет, ЧДД – 26/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 94 уд/мин. В положении лежа живот асимметричен за счет выбухания левой половины. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий. При глубокой пальпации слева от пупка пальпируется объемное образование овальной формы, плотное, гладкое, малоподвижное, безболезненное, размерами 14,0 см x 9,0 см x 8,0 см. Ребенок врачом-педиатром сразу же направлен на УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Врач лучевой диагностики представил описание:</p> <p>Правая почка размерами 68x30 мм, контуры четкие, ровные. Паренхима толщиной 14 мм, дифференцировка сохранна. Структура однородная, эхогенность нормальная. Чашечки, лоханка не расширены. Кровоток почки не изменен, прослеживается по капсуле. Левая почка. Почка представлена объемным образованием, неизменная паренхима визуализируется только в нижнем полюсе, размерами 36x29 мм. Дифференцировка сохранна. Объемное образование 130x90x84 мм, солидное по структуре, представлено крупными узлами, эхогенность повышена. В образовании прослеживается кровоток со скоростью до 50 см/с.</p>
Вопрос 1	Поставьте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
Эталон ответа 1	<p>Предварительный диагноз – объемное образование забрюшинного пространства слева: опухоль Вильмса (нефробластома)? Нейробластома?</p> <p>Диагноз установлен на основании клинических проявлений (отсутствие выраженных жалоб, появление пальпируемого</p>

	образования в животе, изменение объема живота), результатов физикального обследования (бледность кожных покровов, нормальная температура тела, асимметрия живота при осмотре, пальпируемое безболезненное образование в левой половине живота), результатов инструментального обследования (выявление солидного образования с кровотоком, исходящего из левой почки).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, ожидаемые результаты указаны.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ верный, ожидаемые результаты не указаны или Ответ частично верный (Установлен синдром «пальпируемой опухоли»), ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача поликлиники.
Эталон ответа 2	Ребенка необходимо в срочном порядке направить на консультацию к детскому онкологу и детскому хирургу.
Критерий оценивания «5»	Тактика определена верно.
Критерий оценивания «4/3»	Тактика определена частично верно (Не все специалисты указаны, не определен порядок (плановый, срочный, экстренный) консультаций).
Критерий оценивания «2»	Тактика определена неверно.
<i>Вопрос 3</i>	Составьте план обследования больной с целью уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.
Эталон ответа 3	Общий анализ крови (нарастающая анемия), общий анализ мочи (повышение содержания почечного эпителия, появление эритроцитов), биохимический анализ крови (уровень белка, показатели очищения, печеночные пробы, электролиты), специфические маркеры (повышение уровня нейронспецифической энлазы крови, повышение уровня катехоламинов для дифференциальной диагностики с нейробластомой), экскреторная урография (сохранение функции почки, наличие обструкции мочевых путей), магнитно-резонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства (точная локализация и взаимосвязь с окружающими органами, наличие метастазов), обзорная рентгенография органов грудной полости (наличие метастазов), по показаниям – ангиография почечных сосудов.
Критерий оценивания «5»	План обследования верный, ожидаемые результаты указаны.
Критерий оценивания «4/3»	План обследования верный, ожидаемые результаты не указаны или План обследования частично верный (Указаны не все методы диагностики), ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий оценивания «2»	План обследования неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Методы лечения выявленного заболевания.
Эталон ответа 4	Существуют различные методы лечения нефробластомы, однако

	наиболее эффективный результат дает методов: химиотерапия – операция – химиотерапия – лучевая терапия. Подобная тактика позволяет добиться уменьшения размеров опухоли до оперативного вмешательства (что поможет врачу полностью удалить новообразование во время операции) и сможет предотвратить рецидив появления опухолей в послеоперационном периоде (так как во время операции возможно распространение клеток из опухоли с кровотоком).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все методы лечения заболевания).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Какими специалистами будет наблюдаться ребенок после выписки из хирургического стационара? Как долго?
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенка будут наблюдать врач-педиатр, детский онколог. Наблюдение онколога будет продолжаться до достижения возраста 18 лет (далее – взрослый онколог).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Не указан срок наблюдения ребенка специалистами).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	005
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	У мальчика 10 дней с рождения отмечается увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного, безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размером 8х6х4см. При динамическом наблюдении за ребенком выявлены задержки отхождения стула, периодические срыгивания с желчью. При УЗИ мочевой системы образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, без патологии.

<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Мультикистоз левой почки. Диагноз установлен на основании клинических проявлений (пальпируемое объемное образование в брюшной полости слева, увеличение размеров живота с рождения), результатов специальных инструментальных методов обследования (по данным УЗИ слева выявляется образование, представленное многокамерными кистами, заполненными жидкостью).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Составьте план дополнительного обследования.
Эталон ответа 2	Показаны: компьютерная томография с контрастированием или инфузионно-капельная урография, микционная цистоуретрография, ОАК, ОАМ, биохимия крови (сахар, белок, электролиты, показатели очищения).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	Какие методы лечения выявленной патологии Вам известны, от чего они зависят?
Эталон ответа 3	Мультикистозная почка может протекать бессимптомно. В этом случае она требует динамического наблюдения. Если размеры измененной почки значительные или появляются осложнения (нагноение, артериальная гипертензия, болевой синдром, нарушение функции желудочно-кишечного тракта) – показана лапароскопическая нефруретерэктомия.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Выберите метод лечения выявленной патологии у данного ребенка.
Эталон ответа 4	Показана лапароскопическая нефруретерэктомия ввиду значительных размеров образования и клиники частичной низкой кишечной непроходимости после исследования функции контрлатеральной почки.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.

Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Вопрос 5	Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.
Эталон ответа 5	Диспансерное наблюдение будут проводить врач-педиатр и детский уролог до достижения возраста 18 лет. Показаны периодическое исследование мочи, УЗИ мочевого системы, контроль функции единственной оставшейся почки.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	006
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	<p>Девочка 3-х лет. Со слов мамы ребенок в последнее время часто жалуется на боли в животе. За последний месяц мама отметила у дочери увеличение в размерах живота. Стул у ребенка ежедневный, оформленный. Сегодня у девочки повысилась температура тела до 38⁰ С, боли в животе стали носить постоянный характер, была однократно рвота. Родители вызвали бригаду Скорой медицинской помощи, которая доставила ребенка в приемный покой хирургического стационара с подозрением на острый аппендицит.</p> <p>При поступлении состояние ребенка средней тяжести. Температура тела 38⁰ С. Кожные покровы бледные. Тургор тканей сохранен. В легких дыхание везикулярное, ЧДД – 21 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 90 в мин. Живот увеличен в размерах, асимметричен за счет увеличения правой половины. При пальпации живот мягкий, болезненный справа. Симптом сотрясения поясничной области справа положительный, слева – отрицательный.</p> <p>Анализ крови (cito): L - 18,4x10⁹/л.</p> <p>Общий анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,99‰, лейкоциты - сплошь в п/з, эпителий плоский - 3-4-3 в п/з, бактерии ++, слизь ++.</p>
Вопрос 1	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Острый пиелонефрит. Диагноз установлен на основании сведений из анамнеза (периодические боли в животе, увеличение в размерах

	живота), клинических проявлений (боли в животе стали носить постоянный характер, появилась высокая температура, была однократная рвота, живот мягкий, болезненный, асимметричный за счет увеличения правой половины, там же пальпируется объемное образование овальной формы, плотное, гладкое, малоподвижное, больших размеров, определяется положительный ССПО справа), результатах лабораторных исследований (воспалительные изменения в ОАК и ОАМ).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Составьте план обследования с целью уточнения диагноза.
Эталон ответа 2	УЗИ мочевого системы (увеличение чашечно-лоханочной системы справа, после микции размеры прежние), экскреторная урография по стихании воспалительного процесса, микционная цистография по достижении клинико-лабораторной ремиссии (исключить пузырно-мочеточниковый рефлюкс).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	По результатам экскреторной урографии выявлено значительное расширение чашечно-лоханочной системы справа, правый мочеточник не прослеживается. Сформулируйте окончательный диагноз, определите лечебную тактику.
Эталон ответа 3	Окончательный диагноз - Гидронефроз справа, вторичный пиелонефрит. Показано оперативное лечение в плановом порядке на фоне стойкой клинико-лабораторной ремиссии пиелонефрита – пластика пиелоуретерального сегмента с возможной установкой стента в лоханку и мочеточник (внутреннее дренирование). Выполняются операции по методу Хайнса-Андерсена-Кучера. Возможно проведение лапароскопического или открытого вмешательства.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	С какой целью на этапе обследования с целью установления диагноза детям с гидронефротической трансформацией почек проводят микционную цистоуретрографию?
Эталон ответа 4	У детей как вариант врожденных аномалий отмечается наличие

	бифокальной обструкции, что характеризуется наличием препятствий на уровне пиелoureтерального сегмента и везико-уретерального соустья. В такой ситуации лечение верхней обструкции без восстановления оттока на уровне предпузырного отдела может привести к неудовлетворительным результатам хирургического лечения гидронефроза, развитию осложнений в послеоперационном периоде, рецидиву.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.
Эталон ответа 5	Диспансеризацию проводят врач-педиатр и детский уролог. Периодически исследуют ОАМ (1 раз в 2 недели 6 месяцев), проводят динамическое УЗИ (1 раз в 6 месяцев), контрольное урологическое обследование в условиях стационара не ранее, чем через 12 месяцев после операции (сокращение размеров лоханки, восстановление функции оперированной почки). Показаны курсы уросептиков в течение 3 месяцев, санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты, занятия ЛФК, гимнастика, закаливание.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	007
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	Родители обратились с жалобой на отсутствие у ребенка яичек в мошонке. Ребенку 5 лет. При осмотре наружные половые органы сформированы правильно, но яички в мошонке не определяются. Кремастерный рефлекс сохранен. Оба яичка пальпируются в области наружных паховых колец и легко низводятся в мошонку.
<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.

Эталон ответа 1	Ложный крипторхизм. Диагноз установлен на основании клинических проявлений: наружные половые органы сформированы по мужскому типу, оба яичка пальпируются у наружных паховых колец, при пальпации легко низводятся в мошонку, выраженный кремастерный рефлекс.
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача.
Эталон ответа 2	Ложный крипторхизм не является заболеванием, поэтому оперативное вмешательство в случае установления ложного крипторхизма не выполняется. Показано динамическое наблюдение с осмотром не реже 1 раза в 6 месяцев. Показано проведение УЗИ яичек.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику при ложном крипторхизме?
Эталон ответа 3	Истинный крипторхизм (гипоплазированная мошонка, невозможность выведения яичка в мошонку или отсутствие яичек при пальпации мошонки); паховая ретенция яичка (процесс чаще односторонний, яичко пальпируется в проекции пахового канала, в мошонку не выводится, половина мошонки гипоплазирована); эктопия яичка (гипоплазированная мошонка, отсутствие яичек при пальпации мошонки, определение яичка вне мошонки – паховая, бедренная, промежностная эктопия).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Какие оперативные вмешательства при истинном крипторхизме выполняются, в чем их особенности?
Эталон ответа 4	Наиболее распространены: одномоментная операция по Шумахеру-Петривальскому с фиксацией низведенного яичка к стенке (дну) мошонки – проводится при достаточной длине семенного канатика; двухмоментное низведение яичка с фиксацией его у наружного пахового кольца или стадийное перемещение – выполняется в том случае, когда семенной канатик короткий, что сопровождается

	выраженным натяжением сосудов семенного канатика при низведении яичка возникает; Лапароскопические операции – показаны при абдоминальном крипторхизме или диагностической лапароскопии, проводимой в случае не обнаружения яичек на УЗИ органов брюшной полости. Особенность оперативных вмешательств – яички должны быть выведены из брюшной полости или пахового канала до достижения возраста ребенка 2 года (сохранение фертильной функции мальчика, профилактика возможной малигнизации неопущенного яичка).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Диспансеризация ребенка после орхидопексии.
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенок освобождается от спортивных занятий на 1-2 недели. Контрольный осмотр должен быть произведен через 6-12 месяцев после операции, контрольное УЗИ органов мошонки (исключить атрофию яичка).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	008
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	В приемное отделение хирургического стационара доставлен бригадой Скорой медицинской помощи ребенок 8 лет, который был сбит автомашиной. Обстоятельства травмы не помнит. Отмечалась кратковременная потеря сознания. При осмотре активно предъявляет жалобы на боли в паховых областях и лобке. Выраженная бледность кожных покровов. На коже в правой подвздошной области следы от протектора колеса автомобиля. Там же определяется обширная гематома с переходом на правую паховую область. Сдавление костей таза болезненно. Положителен симптом «прилипшей пятки» с двух сторон. Ребенок

	самостоятельно не мочился.
<i>Вопрос 1</i>	Поставьте наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте.
Эталон ответа 1	Предварительный диагноз – Сочетанная автодорожная травма: ЧМТ, сотрясение головного мозга. Закрытая травма живота? Перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря? Диагноз установлен на основании сведений из анамнеза (факт автодорожной травмы, сбит автомобилем, возможен наезд автомобиля); клинических проявлений (изменения на коже в области непосредственного удара, жалобы на боли, болезненность при сдавлении костей таза, невозможность активных движений нижними конечностями, признаки урогематомы в паховых областях).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, ожидаемые результаты указаны.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ верный, ожидаемые результаты не указаны или Ответ частично верный (Установлен синдром «пальпируемой опухоли»), ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Составьте план обследования, укажите ожидаемые результаты..
Эталон ответа 2	Ребенку показана компьютерная томография головы, органов брюшной полости и костей таза с контрастированием (выявление возможных повреждений как костно-травматических, так и травматического разрыва мочевого пузыря); катетеризация мочевого пузыря (при невозможности установить катетер в мочевой пузырь показана экстренная ревизия уретры с выявлением травматического разрыва и восстановлением ее целостности первичным швом на катетере); общеклиническое обследование (ОАК – выявление анемии, ее степени, определение необходимости проведения заместительной гемотрансфузии, ОАМ – в случае получения мочи по катетеру – исключение травмы уретры и мочевого пузыря, коагулограмма – выявление возможных нарушений гемостаза – гипокоагуляционного состояния, определение группы крови и резус-фактора с фенотипом – необходимость переливание компонентов крови); при отсутствии компьютерной томографии – рентгенограммы костей черепа в двух проекциях, рентгенография костей таза; осмотр анестезиолога-реаниматолога, нейрохирурга и окулиста.
Критерий оценивания «5»	План обследования составлен верно, ожидаемые результаты указаны.
Критерий оценивания «4/3»	План обследования составлен верно, ожидаемые результаты не указаны или План обследования составлен частично верно, ожидаемые результаты указаны или План обследования составлен частично верно, ожидаемые результаты указаны частично.
Критерий	План обследования составлен неверно.

оценивания «2»	
<i>Вопрос 3</i>	При рентгеноконтрастном исследовании определяется затек контраста в мягкие ткани. По уретральному катетеру отходит скудно кровь со сгустками. Сформулируйте окончательный диагноз. Определите тактику.
Эталон ответа 3	Окончательный диагноз - Сочетанная автодорожная травма: ЧМТ, сотрясение головного мозга. Перелом костей таза с нарушением целостности тазового кольца. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ребенку показано экстренное оперативное вмешательство – ушивание разрыва мочевого пузыря, наложение эпицистостомы, дренирование урогематомы. Таз фиксировать в гамаке.
Критерий оценивания «5»	Окончательный диагноз сформулирован верно, тактика определена правильно.
Критерий оценивания «4/3»	Окончательный диагноз сформулирован частично верно, тактика определена частично или Окончательный диагноз сформулирован верно, тактика не определена.
Критерий оценивания «2»	Окончательный диагноз сформулирован неверно, тактика определена неверно.
<i>Вопрос 4</i>	Какие осложнения возможны в ранний послеоперационный период? Их профилактика.
Эталон ответа 4	Наиболее часто возможно развитие выраженного кровотечения из мягких тканей, связанное с раскрытием урогематомы и переломом костей таза. Основные методы его профилактики – тщательный гемостаз в операционной, контроль показателей коагулограммы и показателей красной крови в послеоперационном периоде, гемостатическая терапия, назначение препаратов крови (по показаниям гемотрансфузия, переливание свежезамороженной крови). В случае присоединения вторичной гнойной инфекции – флегмона мягких тканей. Для профилактики используют рациональную антибактериальную терапию (препараты выбора – цефалоспорины II-III поколения в сочетании с аминогликозидами), контроль показателей ОАК (лейкоцитоз, лейкоформула), ОАМ в динамике с целью профилактики возможного инфицирования мочевых путей или появления кандидоза (постоянный мочевого катетер, цистостомическая трубка в мочевом пузыре).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Указаны не все возможные осложнения и методы их профилактики).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Как будет наблюдаться ребенок после выписки из хирургического стационара? Как долго?
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенка будут наблюдать врач-педиатр, детский уролог-андролог и травматолог. Наблюдение травматолога будет осуществляться в течение 1 года (контроль

	сращения костей таза, функции нижних конечностей, тазобедренных суставов), детский уролог-андролог будет наблюдать в течение 1 года (оценка функциональных нарушений нижних мочевых путей после удаления цистостомы и лечении возможной инфекции мочевых путей, педиатр – по плану: ОАМ 1 раз в месяц.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный (Не указан срок наблюдения ребенка специалистами).
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	009
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	На приеме у детского хирурга родители с ребенком 1 года. Родители предъявляют жалобы на беспокойство мальчика во время мочеиспускания тонкой струйкой с натуживанием. При осмотре выявлено расщепление крайней плоти, точечное наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды.
<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Венечная форма гипоспадии. Меатостеноз. Диагноз установлен на основании сведений из анамнеза (выявление изменений внешнего вида полового члена с рождения), клинических проявлений (характерный внешний вид полового члена, затруднения при мочеиспускании, сужение наружного отверстия мочеиспускательного канала).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача детского хирурга.
Эталон ответа 2	Ребенку показано рассечение меатостеноза в экстренном порядке. В дальнейшем консультация детского уролога для принятия решения о

	сроках и объеме оперативного лечения гипоспадии.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	Какие специальные методы исследования проводятся детям с патологией мочеиспускательного канала?
Эталон ответа 3	УЗИ органов мочевой системы, по показаниям экскреторная урография и микционная цистография, урофлоуметрия.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Опишите характер оперативных вмешательств при гипоспадии.
Эталон ответа 4	<p>Оперативные вмешательства при гипоспадии имеют своей целью:</p> <ul style="list-style-type: none"> • полное расправление искривленных кавернозных тел, обеспечивающих эрекцию, достаточную для совершения полового акта; • создание искусственной уретры достаточного диаметра и длины без свищей и стриктур из тканей, лишенных волосяных фолликулов; • уретропластика с использованием собственной ткани пациента с адекватным кровоснабжением, обеспечивающим рост созданной уретры по мере физиологического роста кавернозных тел; <p>максимальное устранение косметических дефектов полового члена с целью психоэмоциональной адаптации пациента в обществе.</p>
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Укажите оптимальные сроки проведения оперативных вмешательств при гипоспадии.
Эталон ответа 5	Оптимальным возрастом лечения гипоспадии считается от 6 до 18 (24) месяцев жизни ребенка, поскольку в этом возрасте соотношение размеров кавернозных тел и запаса пластического материала (собственно кожа полового члена) оптимальны для выполнения оперативного вмешательства. Кроме того, в данном возрасте выполнение корригирующих операций минимально сказывается на психике ребенка: ребенок быстро забывает негативные моменты послеоперационного лечения, что в дальнейшем не отражается на его личностном развитии.
Критерий	Ответ верный, полный.

оценивания «5»	
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	010
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение левой половины мошонки. При пальпации определяется опухолевидное образование эластической консистенции, с ровными контурами, безболезненное, 5х3,5 см, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено.
<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Сообщающаяся водянка оболочек левого яичка. Диагноз установлен на основании сведений из анамнеза (с рождения увеличение левой половины мошонки), клинических проявлений (наружное паховое кольцо не расширено, наличие опухолевидного эластического безболезненного образования, не вправляющегося в брюшную полость, увеличивающегося в размерах к вечеру).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача.
Эталон ответа 2	У детей до 1 года при сообщающейся водянке оболочек яичка придерживаются выжидательной тактики и проводят динамическое наблюдение. В большинстве случаев не требуется врачебного вмешательства, так как водянка оболочек яичка может проходить самостоятельно по мере облитерации влагалищного отростка брюшины.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.

Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	Изменится ли тактика детского хирурга в случае увеличения количества жидкости в оболочках яичка?
Эталон ответа 3	Если большое количество жидкости вызывает напряжение в оболочках яичка, сопровождаемое беспокойством ребенка за счет сдавления яичка, то у детей до 6 месяцев возможен пункционный метод лечения.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Какие хирургические вмешательства и в какие сроки проводят при водянке оболочек яичка у детей?
Эталон ответа 4	Хирургические вмешательства проводят детям старше 1-1,5 лет. При сообщающейся водянке, как правило, используется методика Росса – выделение из элементов семенного канатика, иссечение и перевязка у внутреннего пахового кольца брюшинного отростка, а также формирование «окна» в оболочках яичка. Изолированная водянка служит показанием к операции Бергмана – иссечению внутренних оболочек яичка из мошоночного доступа. Операция Винкельмана – рассечение оболочек яичка спереди и сшивание образовавшихся краев оболочек позади придатка. В настоящее время используется редко в связи с изменением вида мошонки и контуров яичка. Иногда используются лапароскопические операции при водянке яичка, однако травматичность, риск рецидивов и осложнений при их использовании выше, а продолжительность наркоза больше, поэтому широкого распространения они не находят.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Диспансерное наблюдение после выписки из стационара после оперативного вмешательства по поводу сообщающейся водянки оболочек яичка.
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенок освобождается от занятий спортом (физкультурой) до 1 месяца. Контрольный осмотр должен быть произведен через 6-12 месяцев после операции (исключить возможность рецидива водянки или появления паховой грыжи).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий	Ответ частично верный, неполный.

оценивания «4/3»	
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	011
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	Двухлетний мальчик доставлен в приемный покой хирургического стационара с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами, эластичное, болезненное образование 6x4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.
<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Ущемленная паховая грыжа. Диагноз установлен на основании сведений анамнеза (острое начало, давность заболевания 5 часов), клинических проявлений (беспокойство, боли в животе, наличие в левой паховой области малоподвижного, с четкими контурами, эластичного, болезненного образования, определение яичек в мошонке).
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача.
Эталон ответа 2	Всем детям мужского пола с ущемленными паховыми грыжами без выраженных воспалительных изменений в области грыжевого выпячивания и явлений острого нарушения кровообращения проводят комплекс консервативных мероприятий, создавая условия для самопроизвольного вправления грыжевого выпячивания. Консервативные мероприятия, направленные на репозицию грыжевого содержимого в брюшную полость, должны выполняться не позднее 12 часов с момента ущемления.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.

Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	Перечислите показания к проведению экстренного оперативного вмешательства.
Эталон ответа 3	<p>Экстренное оперативное вмешательство проводится непосредственно при госпитализации в хирургический стационар.</p> <p>Показания к проведению экстренной операции:</p> <ul style="list-style-type: none"> • давность ущемления свыше 12 часов у лиц мужского пола; • наличие выраженных воспалительных изменений (флегмона) в области грыжевого выпячивания; • явления острой кишечной непроходимости; • безуспешность консервативного лечения; <p>женский пол вне зависимости от давности ущемления.</p>
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Опишите оперативную технику грыжесечения.
Эталон ответа 4	<p>Производят косой послойный разрез передней брюшной стенки над и параллельно паховой связке, обнажают апоневроз наружной косой мышцы и наружное отверстие пахового канала. Тупым способом освобождают место перехода апоневроза в паховую связку. Осторожно выделяют грыжевой мешок (отграничивают его марлевыми салфетками) и вскрывают между пинцетами.</p> <p>На этом этапе часто происходит самопроизвольное вправление содержимого грыжи. При незначительной длительности ущемления, прозрачной «грыжевой воде» и отсутствии подозрений на некроз ущемленного органа, грыжевой мешок выделяют, прошивают у основания и удаляют. Яичко возвращают в мошонку, пластику пахового канала производят по Ру-Краснобаеву. При необходимости вправления грыжевого содержимого следует рассечь наружное паховое кольцо и апоневроз наружной косой мышцы живота. Если ущемленные органы жизнеспособны, их вправляют в брюшную полость, обрабатывают и удаляют грыжевой мешок. Пластику пахового канала производят по Мартынову.</p>
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенок освобождается от занятий спортом (физкультурой) до 2 месяцев. Контрольный осмотр должен

	быть произведен через 6-12 месяцев после операции (исключить возможность рецидива паховой грыжи).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
Номер задачи-	012
Проверяемая компетенция	УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
Проверяемая компетенция	ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками
Проверяемая компетенция	ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
Проверяемая компетенция	ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Инструкция	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
Условие задачи	У ребенка 13 лет жалобы на увеличение левой половины мошонки и чувство тяжести в ней. При осмотре в левой половине мошонки пальпируются расширенные вены гроздьевидного сплетения, наполнение их увеличивается в вертикальном положении при напряжении ребенка. Яички в мошонке.
<i>Вопрос 1</i>	Укажите наиболее вероятный предварительный диагноз, обоснуйте.
Эталон ответа 1	Варикоцеле слева II-III степени. Диагноз установлен на основании клинических проявлений – увеличение левой половины мошонки, чувство тяжести в ней, определение при пальпации расширенных вен гроздьевидного сплетения.
Критерий оценивания «5»	Предварительный диагноз верный, обоснование полное.
Критерий оценивания «4/3»	Предварительный диагноз частично верный, обоснование неполное или Предварительный диагноз верный, не обоснован.
Критерий оценивания «2»	Предварительный диагноз неверный.
<i>Вопрос 2</i>	Определите тактику врача, опишите ход операции.
Эталон ответа 2	Ребенку показана операция в плановом порядке. При левостороннем варикоцеле проводят открытые операции Иванисевича или Паломо. Суть операций заключается в перевязке вен с варикозным расширением при сохранении лимфатических сосудов. В настоящее время операция при варикоцеле выполняется лапароскопически, что позволяет улучшить результаты оперативного лечения и снизить число рецидивов. Также проводится склерозирование сосудов с целью прекращения кровотока по яичковой вене.

Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 3</i>	Перечислите причины развития заболевания.
Эталон ответа 3	Расширению вен семенного канатика предшествует дисфункция венозных клапанов вен яичка, которые препятствуют ретроградному току венозной крови. Причиной варикоцеле у мальчиков может быть прямой угол впадения семенной вены в почечную; врожденное отсутствие или недоразвитие клапанов семенной вены; врожденная или приобретенная слабость венозной стенки; механическая преграда по ходу венозного сплетения; сдавливание семенной вены близлежащими артериями; воспалительные процессы мочеполовой системы в анамнезе. Расширение вен гроздевидного сплетения чаще возникает слева.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 4</i>	Возможен ли рецидив после оперативного лечения варикоцеле? Есть ли особенности обследования при рецидиве варикоцеле?
Эталон ответа 4	Возникновению варикоцеле на оперированной стороне могут способствовать: врожденные особенности расположения вен и артерий, наличие дублирующих вен, отсутствие клапанов в вене, генетическая предрасположенность, связанная с особым строением венозных стенок, слабость венозной стенки. В план обследования при возникновении рецидива обязательно входит проведение флебографии перед операцией, которая позволяет выявить возможные сосудистые аномалии как причину рецидива.
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.
Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.
<i>Вопрос 5</i>	Диспансерной наблюдение после выписки из стационара.
Эталон ответа 5	После выписки из стационара ребенок освобождается от занятий спортом (физкультурой) до 1 месяца. Контрольный осмотр должен быть произведен через 6-12 месяцев после операции, контрольное УЗИ органов мошонки с доплерографией сосудов семенного канатика (исключить атрофию яичка).
Критерий оценивания «5»	Ответ верный, полный.
Критерий оценивания «4/3»	Ответ частично верный, неполный.

Критерий оценивания «2»	Ответ неверный.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ (ЗАДАНИЙ) ДЛЯ УСТНОГО СОБЕСЕДОВАНИЯ

Критерии оценивания:

«отлично» (5 баллов) - ответ изложен последовательно, корректно и грамотно, хорошо структурирован, при необходимости корректно использована профессиональная терминология, показано владение требуемыми компетенциями в полном объеме;

«хорошо» (4 балла) - ответ позволяет сделать вывод о наличии необходимых знаний и умений по сути вопроса, однако допущены отдельные несущественные неточности или нарушение логической последовательности изложения материала; показано владение требуемыми компетенциями;

«удовлетворительно» (3 балла) - ответ позволяет сделать вывод о наличии знаний и умений по сути вопроса, однако ответ не полный (отсутствуют значимые элементы) или допущены значимые / существенные ошибки, показано частичное владение требуемыми компетенциями;

«неудовлетворительно» (2 балла) - ответ не сформулирован или содержит грубые ошибки или пробелы, свидетельствующие об отсутствии формирования необходимых компетенций.

УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

1. Что такое этика и деонтология? Особенности деонтологии в детском хирургическом отделении.
2. Функциональные обязанности ответственного хирурга во время дежурства хирургической бригады.
3. Основные функциональные обязанности дежурного хирурга детского хирургического отделения.
4. Работа в составе многопрофильной бригады специалистов по оказанию медицинской помощи ребенку с сочетанной травмой. Есть ли особенности взаимодействия специалистов разного профиля?
5. Совместное пребывание родителей и ребенка в детском хирургическом отделении. Как решается и кто решает о вопросе о госпитализации ребенка вместе с родителями?

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

1. Какие приказы составляют нормативную базу проведения диспансеризации детского населения?
2. В каком приказе определены принципы прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях?
3. В каком приказе определен порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних?
4. Какой приказ определяет порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия»?

5. Какой приказ определяет порядок проведения профилактического медицинского осмотра?

ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

1. Алгоритм обследования ребенка с подозрением на COVID-19
2. Инструментальная диагностика ребенка с COVID-19
3. Общая лабораторная диагностика
4. Специфическая лабораторная диагностика
5. Особенности проведения оперативного вмешательства у ребенка с хирургической патологией и подозрением (выявлением) COVID-19.

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

1. Острый гематогенный остеомиелит (ОГО) у детей. Определение. Провоцирующие и предрасполагающие факторы. Анатомо-физиологические особенности костей в возрастном аспекте. Этиопатогенез. Классификация. Местная форма ОГО. Клиника, диагностика, диф. диагностика. Лечение. Осложнения, их профилактика и лечение.
2. Генерализованные формы ОГО у детей. Классификация. Клиника. Диагностика, диф. диагностика. Принципы лечения. Исходы. Диспансеризация.
3. Метаэпифизарный остеомиелит у детей раннего возраста. Особенности этиологии и патогенеза. Клиника, диагностика, диф. диагностика. Принципы лечения. Осложнения профилактика и лечение осложнений. Роль диспансерного наблюдения больных после выписки.
4. Острый аппендицит у детей при атипичном расположении отростка (тазовое, медиальное). Особенности клиники, диагностики. Диф. диагностика. Лечение.
5. Острый аппендицит у детей при атипичном расположении отростка (ретроцекальное, ретроперитонеальное, подпеченочное). Особенности клиники, диагностики. Диф. диагностика. Лечение.

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

1. Когда показано начало профилактики спаечной болезни брюшины после хирургического вмешательства?
2. В чем особенности проведения медикаментозного лечения ранней и поздней спаечной кишечной непроходимости?
3. Какие методы профилактического бужирования используют в лечении стриктур пищевода у детей? Из преимуществ и недостатки.
4. Основные направления реабилитации детей с перенесенной острой гнойной деструктивной пневмонией.
5. Основные направления реабилитации детей после повреждений опорно-двигательного аппарата.

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

1. Какие критерии существуют для определения качества оказания медицинской помощи по профилю «Детская хирургия»?
2. В каком приказе определены критерии качества оказания медицинской помощи населению?
3. Перечислите критерии качества оказания медицинской помощи ребенку с острым аппендицитом.
4. По каким нозологическим формам существуют Клинические рекомендации по профилю «Детская хирургия»?
5. Что такое «Клинические рекомендации»? Их структура, сроки действия, значение для практического здравоохранения.

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Наименование дисциплины Детская хирургия

Код и наименование специальности 31.08.16 Детская хирургия

N п/п	Контролируемые разделы (темы/модули) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Оценочные средства	
			Наименование /вид	количество заданий
1	Детская хирургия	УК-1	Ситуационные задачи	3
		УК-2	Собеседование	5
			Тесты	10
			Ситуационные задачи	3
		ПК-2	Собеседование	5
			Тесты	30
			Ситуационные задачи	3
		ПК-5	Собеседование	5
			Тесты	50
			Ситуационные задачи	3
		ПК-6	Собеседование	5
			Тесты	30
			Ситуационные задачи	3
		ПК-8	Собеседование	5
			Тесты	30
ПК-11	Собеседование	5		
	Тесты	30		