



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Рязанский государственный медицинский университет  
имени академика И.П. Павлова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета  
Протокол № 14 от 28.06.2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Детская хирургия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело
Квалификация	Врач-лечебник
Форма обучения	очная

Разработчик (и): кафедра детской хирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.Е.Соловьев	Д-р мед. наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав.кафедрой детской хирургии
В.Н.Шатский	К.м.н.,доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Доцент кафедры детской хирургии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
А.В.Федосеев	Д-р мед.наук, профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Зав.кафедрой общей хирургии
О.А.Ларькин		ГБУ РО «ОДКБ им.Н.В.Дмитриевой» Минздрава России	Заведующий отделением детской хирургии главный внештатный детский хирург Рязанской области.

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Лечебное дело  
Протокол № 11 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.  
Протокол № 10 от 27\_\_\_.06 \_\_\_.2023г.

**Фонды оценочных средств**  
**для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)**  
**по итогам освоения дисциплины**  
**1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости**  
**Примеры заданий в тестовой форме**

**Неотложная хирургия**

Наиболее характерными изменениями картины крови при криптогенном перитоните является:

- а. умеренный лейкоцитоз, нейтрофилез.
- б. гиперлейкоцитоз, нейтрофилез.
- в. лейкопения .
- г. отсутствие изменений.

Ответ: б

Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:

- а. локальная боль, температура и рвота.
- б. активное напряжение мышц брюшной стенки и рвота .
- в. пассивное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность;
- г. симптом Орнера и рвота;

Ответ: в

**Гнойная хирургия**

Для острого гематогенного остеомиелита у детей характерны ранние симптомы:

- а. острое начало, стойкая гипертермия, вынужденное положение конечности
- б. постепенное начало, резкая локальная болезненность
- в. летучие боли в суставах, боль при перкуссии
- г. нарушение функции конечности, нормальная температура

Ответ: а

У ребенка с острым диафизарным остеомиелитом в 1-3 сутки наблюдаются симптомы:

- а. местная гипертермия, распирающие боли, нарушение функции ближайшего сустава
- б. гиперемия, флюктуация, гипертермия
- в. наличие свищей
- г. увеличение в размерах конечности, флюктуация

Ответ: а

Ранние рентгенологические симптомы острого гематогенного остеомиелита дистального метадиафиза бедренной кости у ребенка 6-ти лет появляются через:

- а. в течение первой недели;
- б. на 2-3 неделе;
- в. на 3-4 неделе;
- г. после месяца.

Ответ: б

**Кишечная непроходимость**

Ведущими симптомами полной кишечной непроходимости являются:

- а. рвота патологическими примесями, отсутствие стула и газов
- б. вздутие живота, рвота пищей

- в. асимметрия живота, видимая перистальтика
- г. выделение крови из прямой кишки

Ответ: а

К высокой кишечной непроходимости относятся:

- а. атрезия ануса, мекониевый илеус
- б. атрезия дуоденум, синдром Ледда, пилоростеноз
- в. атрезия тощей кишки
- г. болезнь Гиршпрунга

Ответ: б

К низкой кишечной непроходимости относятся:

- а. атрезия привратника
- б. атрезия дуоденум
- в. атрезия ануса, болезнь Гиршпрунга, мекониевый илеус
- г. синдром Ледда, пилоростеноз

Ответ: в

### **Детская урология**

Гиперемия, стекловидный отек тканей мошонки с безболезненностью при пальпации характерны для:

- а. перекрут яичка.
- б. аллергический отек мошонки;
- в. орхит.
- г. некроз гидатиды яичка.

Ответ: б

Для оценки состояния верхних мочевых путей не выполняется:

- а. Микционная цистоуретрография
- б. Радиоизотопная ренография
- в. УЗИ + доплерография
- г. Ангиография

Ответ: а

### **Критерии оценки тестового контроля:**

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

### **Примеры контрольных вопросов для собеседования**

#### **Неотложная хирургия**

Этиология, патогенез, классификация, частота острого аппендицита в различных возрастных группах.

Возрастные особенности клинического течения заболевания. Особенности диагностики у детей младшей возрастной группы.

#### **Гнойная хирургия**

Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп. Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

### **Кишечная непроходимость**

Кишечная непроходимость. Этиопатогенез приобретенной механической и динамической кишечной непроходимости. Классификация.

Спаечная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика. Роль лапароскопии в диагностике и лечении кишечной непроходимости.

### **Урология.**

Программа обследования урологических больных алгоритм действия у детей различных возрастных групп. Перинатальная диагностика пороков развития почек у детей, особенности клиники, диагностики, принципы лечения.

Гидронефроз, уретерогидронефроз. Этиопатогенез, классификация, клиника, особенности у детей различных возрастных групп, программа обследования, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

### **Критерии оценки при собеседовании:**

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

### **Примеры ситуационных задач**

#### **Неотложная хирургия**

Вы, врач неотложной помощи, вызваны к ребёнку 6 мес через 8 ч от начала заболевания.

Мать рассказала, что на фоне полного благополучия возникли приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребёнок сучит ножками. Стул накануне был нормальным. При ректальном исследовании выявлены выделения по типу «малинового желе».

Ваш предварительный диагноз, тактика врача стационара?

Ответ: У ребёнка инвагинация кишечника. Показаны пневмоирригография и попытка консервативного расправления. Наблюдение в течение суток в условиях стационара. Обследование ЖКТ с взвесью сульфата бария. При невозможности консервативного расправления — лапароскопия или лапаротомия.

У девочки 13 лет в течение 3 дней были боли в животе, повышение температуры тела, рвота. При осмотре ребёнок бледный, вялый, жалуется на боли в животе. Температура тела 37,9 °С. Со стороны органов грудной полости отклонений не выявлено. Пульс 92 в минуту. Живот не вздут, при пальпации в правой подвздошной области определяется болезненное неподвижное образование размерами 6×6 см. Симптом Щёткина–Блюмберга положителен. Лейкоцитоз  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ .

Ваш предварительный диагноз? Тактика?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат. Показаны госпитализация в детское хирургическое отделение, оперативное лечение.

### **Гнойная хирургия**

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предварительный диагноз и лечебная тактика?

Ответ: Острый остеомиелит левой подвздошной кости с образованием межмышечной флегмоны. Необходимо вскрытие и дренирование флегмоны.

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40°, жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час. Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

Ответ: Острый гематогенный остеомиелит большеберцовой кости. Показана костномозговая пункция, измерение внутрикостного давления, цитологическое и бактериологическое исследование пунктата, показана также контрастная медуллография. При подтверждении диагноза необходимо произвести щадящую остеоперфорацию, промывание костномозгового канала антибиотиками и его дренирование.

### **Кишечная непроходимость**

Ребёнок родился в срок с массой тела 2800 г. С первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил.

При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. Со стороны лёгких и сердца отклонений не выявлено. Живот вздут, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Масса тела ребёнка 2600 г. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: Диагноз: атрезия тонкой кишки, низкая кишечная непроходимость. Показана обзорная рентгенография брюшной полости. Необходима оценка степени тяжести

больного по данным лабораторных анализов. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

Ребёнок родился от нормально протекавших беременности и родов, в срок, с массой тела 3100 г, закричал сразу. Через 5 мин после рождения развился приступ асфиксии, переведён на ИВЛ.

При осмотре грудная клетка вздута, дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Аускультативно слева дыхание не проводится, справа пуэрильное. Перкуторно слева участками определяется притупление, участками — коробочный звук. Сердечные тоны глухие, с частотой до 180 в минуту, выслушиваются максимально громко по правой среднеключичной линии. Живот мягкий, запавший, печень пальпируется под краем рёберной дуги. Меконий отошёл.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: Диагноз: левосторонняя врождённая диафрагмальная грыжа. Показана рентгенография органов грудной клетки. После предоперационной подготовки показано оперативное вмешательство.

### **Урология детского возраста**

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но ребёнка в стационаре не обследовали. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: Диагноз: пузырно-мочеточниковый рефлюкс слева. Показано полное урологическое обследование. Необходима комплексная консервативная терапия, при отсутствии эффекта — оперативное лечение.

Мать, купая ребёнка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами 12×8×5 см, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. При УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ: Диагноз: подозрение на гидронефроз слева. Показано полное урологическое обследование. Варианты оперативного лечения — в зависимости от степени сохранности функций почки.

### **Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

**Форма промежуточной аттестации в 9 семестре – зачёт.**

**Процедура проведения и оценивания зачёта**

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достаётся вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут. Билет состоит из 3 вопросов и ситуационной задачи.

### **Критерии сдачи зачета:**

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.



**Фонды оценочных средств  
для проверки уровня сформированности компетенций  
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины**

ПК-6

Способностью к определению у пациента основных патологических состояний симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**Неотложная хирургия**

Острый аппендицит, периаппендикулярный инфильтрат, перитонит, криптогенный перитонит.

Этиопатогенез, клиника, диагностика, особенности диагностики у детей раннего возраста, тактика, лечение.

Осложнения острого аппендицита (инфильтрат, абсцесс, перитонит). Клиника, диагностика, тактика, лечение.

Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика врача, лечение.

**Гнойная хирургия**

Острый и хронический остеомиелит, артрит.

Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп.

Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика с травмой, опухолью, туберкулезом, ревматоидным артритом, тактика, особенности лечения в различных возрастных группах.

Хронический остеомиелит. Классификация. Клиника, диагностика, тактика лечения.

Артрит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

**Кишечная непроходимость**

Кишечная непроходимость. Этиопатогенез приобретенной механической и динамической кишечной непроходимости. Классификация. Спаечная кишечная непроходимость. Обтурационная и странгуляционная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, рентгенодиагностика, тактика, лечение. Роль лапароскопии в диагностике и лечении кишечной непроходимости.

Инвагинация. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, рентгенодиагностика, тактика, лечение.

**Урология детского возраста**

Методика обследования урологических больных. Этиология, патогенез пороков развития почек и нижних мочевыводящих путей. Классификация. Клиника и диагностика у детей различных возрастных групп. Роль современных методов исследования: УЗИ, экскреторная урография, цистография, ангиография, радиоизотопное исследование, функциональные методы обследования. Хирургическая тактика.

Гидронефроз, уретерогидронефроз. Этиопатогенез, классификация, клиника, особенности у детей различных возрастных групп, программа обследования, принципы лечения, диспансерное наблюдение.

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения у детей различных возрастных групп, диспансерное наблюдение.

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Задача**

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его "ползет" при дотрагивании.

Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

**Задача**

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37,5° язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика.

Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

**Задача**

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

**Задача**

В районную больницу доставлен ребенок 6 лет после автомобильной катастрофы с переломом костей таза. Состояние его тяжелое, шок, из уретры геморрагические выделения, катетер ввести в мочевой пузырь не удастся. Живот мягкий, явления раздражения брюшины отсутствуют. Вы заподозрили повреждение уретры, самостоятельно ребенок не мочится, мочевой пузырь определяется на уровне пупка, ребенок нетранспортабелен.

Какая должна быть в данной ситуации лечебная тактика?

**Задача**

В клинику доставлен ребенок через 30 минут после того, как был сбит автомобилем. Состояние крайне тяжелое, бледен, пульс нитевидный, АД 40/0 mm Hg. Справа в поясничной области обширная поверхностная ссадина, припухлость, резкая болезненность. В моче – гематурия. Живот умеренно вздут, резко болезненный в области правого подреберья.

Ваш предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

**Задача**

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

### **Задача**

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

### **Неотложная хирургия**

#### **Задача**

В приемное отделение доставлен ребенок с диагнозом – острый аппендицит, с жалобами на сильные боли в правой подвздошной области, двукратную рвоту. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, напряжение мышц, нечеткие явления раздражения брюшины, болезненность при пальпации правой поясничной области. Анализ крови без особенностей, в анализе мочи – гематурия. Каковы особенности дифференциальной диагностики, план обследования и лечебная тактика?

#### **Задача**

Девочка 6 лет направлена в клинику с диагнозом – острый аппендицит на 2-е сутки от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое: температура 37,5°, жалуется на резкие боли в животе, язык сухой, обложен, живот не вздут, напряжен в правой подвздошной области и внизу, положительный симптом Щеткина. В крови лейкоцитоз, резкий сдвиг формулы белой крови влево. При ректальном исследовании по средней линии определяется тестоватой консистенции образование округлой формы размером 8 x 6 x 6 см, резко болезненное при пальпации.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

#### **Задача**

В клинику доставлен ребенок 6 лет с подозрением на острый аппендицит. Болен сутки, дважды была рвота. Температура 37,2°. Общее состояние удовлетворительное, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки и в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. В анализах крови и мочи патологии не выявлено. У ребенка не было стула в течение 3 суток.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

#### **Задача**

Во время операции, предпринятой у больного с острым аппендицитом, из разреза Волковича-Дьяконова вы не можете обнаружить в правой подвздошной области слепую кишку с червеобразным отростком.

При каких вариантах положения слепой кишки можно встретиться с подобной ситуацией и каковы будут ваши действия?

#### **Задача**

Вы оперируете девочку с предварительным диагнозом – острый аппендицит из разреза Волковича-Дьяконова: обнаруживаете мало измененный червеобразный отросток и значительное количество геморрагического выпота в малом тазу.

С чем вы встретились в данном случае и каковы ваши дальнейшие действия?

#### **Задача**

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили плотно замурованный в спайках червеобразный отросток и только основание его свободно.

Какой метод выделения отростка наиболее целесообразно применить в данном случае?

#### **Задача**

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили в брюшной полости инфильтрат. Попытка выделения отростка из инфильтрата угрожает повреждением стенок кишечника.

Какова должна быть тактика хирурга в данном случае?

### **Гнойная хирургия**

#### **Задача**

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

#### **Задача**

Ребенок 8 лет болен 4 дня. Температура поднимается до 40° жалуется на постоянные боли в голени, наступать на ногу не может. Имеется отек всей голени, кожа ее на ощупь горячая, пальпация резко болезненна, особенно в верхней трети. В крови лейкоцитоз 27000, сдвиг формулы влево, СОЭ 65 мм/час.

Каков предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

### **Кишечная непроходимость**

#### **Задача**

У ребенка 6 месяцев появились схваткообразные боли в животе, температура нормальная. При обследовании живот пропальпировать ребенок не дает. При ректальном исследовании на пальце обнаруживаются необильные геморрагические желеобразные выделения.

О каком заболевании следует думать, план диагностических мероприятий и лечебная тактика?

**Задача**

Ребенок 8 месяцев заболел остро, периодически кричит, сучит ножками. При обследовании в правом подреберье определяется колбасовидное образование, ампула прямой кишки пуста, анус зияет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется геморрагическое желеобразное отделяемое.

О каком заболевании можно думать, какова диагностическая и лечебная тактика в данном случае?

**Задача**

При операции по поводу инвагинации кишечника после свободного расправления илеоцекального инвагината и отогревания инвагинированной петли кишки цвет ее розовый, она перистальтирует, брыжейка ее отечная, сосуды пульсируют. Червеобразный отросток резко отечен, со множественными темно-багровыми пятнами на серозе.

Ваша хирургическая тактика?

**Задача**

При операции по поводу инвагинации кишечника вы обнаружили илеоцекальный инвагинат, расправить который обычным выдаиванием не удастся; при дальнейших попытках расправления создается угроза повреждения серозы и даже стенки кишки.

Какова должна быть хирургическая тактика в данном случае?

**Задача**

Вы оперируете ребенка 10 мес. по поводу инвагинации кишечника на 3-е сутки от начала заболевания. Состояние его крайне тяжелое, выражена резкая интоксикация, обезвоженность. На операции в брюшинной полости большое количество геморрагической жидкости, кишечник резко вздут, имеется илеоцекальный инвагинат длиной 14 см, темно-багрового цвета, сероза его "ползет" при дотрагивании.

Продумайте наиболее рациональный объем хирургического вмешательства в данном случае.

**Задача**

Ребенок 3 лет полгода назад был оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого перитонита. Три часа назад появились схваткообразные боли в животе, рвота, задержка кала и газов. Состояние средней тяжести, температура 37,5° язык суховат, пульс 100 в мин, живот вздут, справа резко болезненный при пальпации, определяется видимая на глаз перистальтика.

Ваш предположительный диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий?

**Задача**

В приемное отделение доставлена девочка 6 лет. Заболела остро 4 часа назад: появились схваткообразные боли в животе, рвота, неотхождение кала и газов. Живот вздут, мягкий, при пальпации анус зияет. На обзорной рентгенограмме брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Ваш предположительный диагноз, лечебная тактика?

**Урология детского возраста**

### **Задача**

В районную больницу доставлен ребенок 6 лет после автомобильной катастрофы с переломом костей таза. Состояние его тяжелое, шок, из уретры геморрагические выделения, катетер ввести в мочевой пузырь не удастся. Живот мягкий, явления раздражения брюшины отсутствуют. Вы заподозрили повреждение уретры, самостоятельно ребенок не мочится, мочевой пузырь определяется на уровне пупка, ребенок нетранспортабелен.

Какая должна быть в данной ситуации лечебная тактика?

### **Задача**

В клинику доставлен ребенок через 30 минут после того, как был сбит автомобилем. Состояние крайне тяжелое, бледен, пульс нитевидный, АД 40/0 mm Hg. Справа в поясничной области обширная поверхностная ссадина, припухлость, резкая болезненность. В моче – гематурия. Живот умеренно вздут, резко болезненный в области правого подреберья.

Ваш предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика?

### **Задача**

К вам обратилась девочка 10 лет, родители которой отмечают, что у нее с рождения имеет место недержание мочи наряду с нормальным мочеиспусканием. Неоднократно лечилась консервативно по поводу недержания мочи, но безуспешно.

О каком пороке развития следует подумать в этом случае, каков план диагностических и лечебных мероприятий?

### **Задача**

Ребенок 6 лет доставлен из школы. На уроке физкультуры товарищ случайно ударил его коленом в низ живота. Жалуется на боли в животе, усиливающиеся в положении лежа. При осмотре живот доскообразно напряжен во всех отделах, особенно над лоном, резкая болезненность при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Самостоятельно не мочился в течение 4 часов. При катетеризации мочевого пузыря выделилось около 20 мл мочи с примесью алой крови.

Ваш диагноз и лечебная тактика?

## ПК-8

Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

Аппендикулярный перитонит. Классификация. Клиническая картина, диагностика. Методы лечения.

Криптогенный перитонит. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика врача-педиатра, лечение.

Кишечная непроходимость. Инвагинация кишечника, спаечная кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения

Кровотечение из пищеварительного тракта. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача-педиатра, принципы лечения при острых и хронических кровотечениях из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Алгоритм обследования и лечения.

Этиология, патогенез, роль микрофлоры в формировании первичного гнойного очага, понятие о реактивности макроорганизма и формировании иммунного ответа. Локализованная и генерализованная инфекция. Общие принципы комплексной детоксикационной терапии. Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Абсцедирующий лимфаденит. Рожистое воспаление. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Острый гематогенный остеомиелит у детей старшей и младшей возрастных групп. Этиопатогенез, клиника, возрастные особенности клиники, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Бактериальная деструкция легких. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Паховая грыжа, водянка оболочек яичка. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, тактика врача-педиатра у детей различных возрастных групп, лечение.

Пороки развития и заболевания передней брюшной стенки. Пупочная грыжа, грыжа белой линии живота, вентральная грыжа. Аномалии желточного протока. Гастрошизис, омфалоцеле.

Рубцовый фимоз, физиологическое сужение крайней плоти, парафимоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, тактика лечения.

**Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь»** (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения)

#### **Задача**

В клинику доставлен новорожденный мальчик с атрезией анального отверстия. При осмотре отмечается выделение капель мекония из наружного отдела уретры. При катетеризации мочевого пузыря выделилась чистая моча.

Какой аноректальный порок развития в данном случае? Особенности хирургической тактики?

#### **Задача**

В клинику доставлен новорожденный через 6 часов после рождения. Врачам родильного дома насторожила прогрессивно нарастающая бледность кожных покровов и слизистых, вялость ребенка, нарастающая тахикардия. Ребенок родился с весом 4800 г, роды стремительные. Состояние ребенка тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 180 в минуту, слабого наполнения, живот слегка вздут, мягкий, перкуторно тупость в отлогих частях живота, мошонка увеличена, синюшна, при пункции мошонки получена кровь. Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

#### **Задача**

У новорожденного после отпадения пуповины наблюдается постоянное обильное истечение прозрачной жидкости из пупочной раны. Мочеиспускания редкие, скудные.

О каком заболевании можно думать? Каковы план обследования и лечебная тактика?

#### **Задача**

У новорожденного на 2-е сутки после отпадения пуповины из пупка появилось пролабирование слизистой на протяжении 3 см, она багрово-синюшного вида. Общее состояние ребенка тяжелое, постоянная рвота, вздутие живота.

О каком заболевании и осложнении можно думать? Какова должна быть хирургическая тактика?

### **Задача**

У ребенка 15 дней гнойные выделения из пупка, появившиеся сразу после отпадения пуповины. В последние сутки состояние ребенка ухудшилось, температура поднялась до 39°, появилась припухлость на передней брюшной стенке между пупком и правой реберной дугой размером 5 x 3 x 3 см. Живот не вздут, мягкий, рвоты нет, стул обычный. Хирург расценил заболевание как гнойный омфалит и флегмону передней брюшной стенки, сделал насечки на коже, однако состояние ребенка не улучшилось, а припухлость даже увеличилась.

О каком заболевании надо думать в данном наблюдении и какой должна быть тактика хирурга?

### **Задача**

Вы лечите новорожденного по поводу эпифизарного остеомиелита бедра, осложненного гнойным артритом тазобедренного сустава.

О каком возможном осложнении следует думать в данном случае и какой должна быть его профилактика?

### **Задача**

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили плотно замурованный в спайках червеобразный отросток и только основание его свободно.

Какой метод выделения отростка наиболее целесообразно применить в данном случае?

### **Задача**

При операции по поводу острого аппендицита вы обнаружили в брюшной полости инфильтрат. Попытка выделения отростка из инфильтрата угрожает повреждением стенок кишечника.

Какова должна быть тактика хирурга в данном случае?

### **Задача**

Ребенок 7 лет болен в течение 5 дней. Жалуется на боли в левой подвздошной области, самостоятельно передвигаться не может, имеется сгибательная контрактура в левом тазобедренном суставе. Пальпация левой подвздошной области и крыла подвздошной кости резко болезненна, вдоль крыла подвздошной кости и в подвздошной области определяется инфильтрат площадью 10 x 8 см, резко болезненный. Лейкоцитоз 18000, сдвиг формулы белой крови влево, СОЭ 55 мм/час, температура 39,9°.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):**

### **Гнойная хирургия**

#### **Задача**

К Вам, обратились родители ребенка 1,5 месяцев с жалобами на беспокойство ребенка при разгибании левой ножки во время пеленания в течение двух дней. При осмотре левая ножка приведена к животу, стопа свисает. Активные движения отсутствуют. Пассивные движения болезненны в тазобедренном суставе. Температура 37,5°.



Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

**Задача**

К Вам обратились родители ребенка 28 дней с жалобами, что ребенок перестал двигать правой ручкой, последняя свисает вдоль туловища. Пассивные движения при переодевании ребенка болезненны.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

**Задача**

К Вам, врачу неотложной помощи, обратились родители ребенка 9 лет с жалобами на стойкую температуру 38-39 градусов, боли в нижней трети правого бедра, хромоту в течение 2-х дней. При осмотре ребенок на ногу не встает, движения болезненны. Отмечается отек мягких тканей. Перкуссия по бедренной кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз, тактика обследования и лечения.

**Задача**

Вы участковый педиатр. К Вам на прием обратились родители ребенка 3 месяцев, выписанного из хирургического отделения, где он лечился по поводу острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза правой бедренной кости. На рентгеновском снимке, сделанном при выписке, видна периостальная реакция и очаг разряжения костной ткани в зоне метафиза. Общее состояние удовлетворительное. Жалоб нет. Движения во всех конечностях в полном объеме безболезненные.

Ваша тактика.

**Задача**

К Вам обратился ребенок 9 лет. Заболел пять дней назад, когда появились боли в области нижней трети голени, хромота, поднялась температура до 39.

При осмотре обнаружен отек и гиперемия кожи в нижней трети голени, движения в голеностопном суставе ограничены и болезненны. Перкуссия большеберцовой кости болезненна.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и лечения.

**Кишечная непроходимость**

**Задача**

У новорожденного с типичной картиной врожденной непроходимости 12-перстной кишки (постоянная рвота с примесью желчи и 2 горизонтальных уровня жидкости на обзорной рентгенограмме) во время операции при ревизии 12-перстной кишки не обнаружено спаек, aberrантного сосуда и других причин наружного стеноза. Хирург посчитал, что явления непроходимости кишки обусловлены функциональными нарушениями и зашил брюшную полость.

Какая допущена ошибка? Какой должна быть хирургическая тактика в данном наблюдении?

**Задача**

У новорожденного при операции по поводу врожденной непроходимости обнаружена атрезия подвздошной кишки на протяжении 3 см, толстая кишка резко гипоплазирована.

Какую хирургическую тактику вы выберете в данном случае?

**Задача**

У ребенка 2 дней рвота после каждого кормления с примесью желчи. На обзорной рентгенограмме определяются 2 горизонтальных уровня жидкости, дважды был только меконеальный стул.

Какой предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования? Какова лечебная тактика?

#### **Задача**

Во время операции по поводу высокой врожденной кишечной непроходимости обнаружен aberrantный сосуд, сдавливающий горизонтальную ветвь 12-перстной кишки. Хирург пересек и лигировал сосуд, восстановив таким образом проходимость кишки.

Правильна ли была тактика хирурга в данном случае?

#### **Задача**

У новорожденного в течение 24 часов не отходит меконий. Ребенок беспокоен, после кормления отмечается многократная рвота. Анальное отверстие расположено обычно. Живот резко вздут, на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости множество разнокалиберных уровней жидкости.

Каковы предположительный диагноз и лечебная тактика?

#### **Задача**

У ребенка 2 суток рвота после каждого кормления и в промежутках между ними створоженным молоком. Ребенок родился в тяжелой белой асфиксии, оживлен. При осмотре состояние тяжелое, вялый, кожные покровы несколько синюшны, тахикардия, резкие судорожные подергивания конечностей. Дважды был меконеальный стул и во время вашего осмотра отошел стул желтого цвета. Живот не вздут, мягкий.

Ваш предположительный диагноз? Нужны ли в данном случае дополнительные исследования?

### **Урология детского возраста**

#### **Задача**

Вы оперируете ребенка 1,5 лет по поводу большой пахово-мошоночной грыжи. При выделении шейки грыжевого мешка рядом с ним в паховый канал пролабирует слепая кишка.

С каким видом грыжи вы встретились, каков наиболее рациональный метод обработки шейки грыжевого мешка?

#### **Задача**

При операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 3 лет вы встретились с трудностями при идентификации грыжевого мешка. При вскрытии предполагаемого грыжевого мешка из него выделилось значительное количество желтой прозрачной жидкости, стенка его необычно толстая, внутренняя поверхность напоминает слизистую оболочку полого органа.

О каких интраоперационных осложнениях следует подумать в данном случае, какова должна быть дальнейшая операционная тактика?

#### **Задача**

После операции у ребенка 2 лет по поводу паховой грыжи, которому выполнена пластика пахового канала по Боброву, появились резкие боли в нижней конечности на стороне

операции, отмечена нарастающая отечность конечности, выраженная синюшность кожных покровов на ней.

Какое возникло осложнение? Какова ваша лечебная тактика?

### **Задача**

После операции по поводу пахово-мошоночной грыжи у ребенка 1 года через 6 часов появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Живот ассиметричен, правая половина его выбухает, где определяется видимая на глаз перистальтика. На обзорной рентгенограмме множественные разнокалиберные уровни жидкости.

Какое осложнение возникло у ребенка, каковы, предположительно, могут быть его причины, лечебная тактика?

### **Задача**

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.

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача**

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

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача**

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

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача**

У мальчика 1 месяца отмечается отсутствие яичек в мошонке, не пальпируются они и по ходу пахового канала. Наружные половые органы развиты по мужскому типу. Мошонка гипоплазирована.

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача**

У девочки 1 месяца 2 дня назад родители обнаружили в правой паховой области безболезненное опухолевидное образование 1,5 x 1 см. округлой формы, не вправляющееся в брюшную полость. Состояние ребенка удовлетворительное.

Ваш диагноз и тактика?

### **Задача**

2-х летний мальчик доставлен в поликлинику 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 6 x 4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.

Ваш диагноз и тактика лечения?

### **Задача**

У мальчика с рождения отмечено расщепление крайней плоти. Ребенок мочится тонкой струйкой с натуживанием. Наружное отверстие уретры обнаружено в области венечной борозды, точечное.

Ваш диагноз и тактика лечения?