

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО  
на заседании  
Учебно-методического совета  
« 09 » сентября 20 21 года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,  
председатель Учебно-методического совета,  
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОГЛАСОВАНО  
Проректор по послевузовскому, дополнительному  
профессиональному образованию и региональному  
развитию здравоохранения,  
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

## **ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

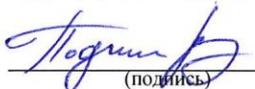
**для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования  
(программам ординатуры) по специальности  
31.08.16 «Детская хирургия»  
Трудоемкость: № 3 ЗЕ**

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Санкт-Петербург  
2021 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- 1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.16 «Детская хирургия», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 N 1058.
- 2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.
- 3) Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- 4) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»»
- 5) приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»
- 6) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»

Заведующий кафедрой, Д.М.Н., доцент <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	Подкаменев А.В. <small>(расшифровка)</small>
Профессор кафедры, Д.М.Н. <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	Жила Н.Г. <small>(расшифровка)</small>
<i>Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры</i> Хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова <small>название кафедры</small>		
« 26 » 08	2021 г.,	протокол заседания № 1
Заведующий кафедрой	Хирургических болезней детского возраста им. Г.А. Баирова <small>название кафедры</small>	
Д.М.Н., доцент <small>(должность, ученое звание, степень)</small>	 <small>(подпись)</small>	Подкаменев А.В. <small>(расшифровка)</small>

## **1. Общие положения**

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.16 «Детская хирургия» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

## **2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

### **3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации**

**Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК), профессиональных (ПК) и профессионально-специализированных компетенций.**

#### ***Универсальные компетенции (УК):***

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

#### ***Профессиональные компетенции (ПК):***

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

### ***Профессионально-специализированные компетенции (ПСК):***

- способность и готовность к постановке диагноза на основании диагностического исследования в области детской хирургии, обосновывать и планировать объём исследований у детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи (ПСК-1);

- способность оценивать анатомо-функциональное состояние органов и систем организма у детей с хирургическими заболеваниями (ПСК-2);

- способность и готовность выявлять у детей с хирургическими заболеваниями основные патологические симптомы и синдромы хирургической патологии, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов формирования патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования органов и систем при хирургических заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ), выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в группе хирургических заболеваний у детей (ПСК-3);

**лечебная деятельность:**

- способность и готовность выполнять основные этапы хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи, своевременно предотвращать или устранять осложнения хирургических вмешательств, лечебных манипуляций (ПСК-4);

- способность и готовность назначать больным детям с хирургическими заболеваниями адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии (ПСК-5);

**реабилитационная деятельность:**

- способность и готовность составления плана мероприятий медицинской реабилитации

детей с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов медицинской помощи (ПСК-6);

- способность и готовность оценивать эффективность и безопасность мероприятий по медицинской реабилитации детей с хирургическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации детей инвалидов (ПСК-7);

**профилактическая деятельность:**

- способность применять современные гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения в целях разработки научно обоснованных мер по улучшению и сохранению здоровья детского населения (ПСК-8);

- способность и готовность использовать методы оценки природных и медико-социальных факторов в развитии хирургических заболеваний у детей, проводить их коррекцию, осуществлять профилактические мероприятия по предупреждению хирургической патологии у детей, проводить санитарно-просветительскую работу по гигиеническим и профилактическим вопросам (ПСК-9).

#### **4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

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

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

- демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

## **5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

## **6. Программа государственного экзамена**

### **6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

## **6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

### **6.2.1. Вопросы для собеседования**

1. Преимущества современных методов лучевого исследования (УЗИ, КТ, МРТ, радиоизотопное исследование) перед рентгенологическим.
2. Использование рентгенологического метода в травматологии, ортопедии, торакальной хирургии.
3. Особенности использования ультразвуковой диагностики в детской хирургии.
4. Преимущества УЗИ перед другими методами лучевой диагностики.
5. Использование компьютерной томографии в современной детской хирургии как одного из наиболее информативных и малоинвазивных методов исследования.
6. Использование радиоизотопного метода исследования в диагностике различных хирургических заболеваний у детей.
7. Обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости. Техника выполнения в зависимости от возраста.
8. Алгоритм оценки обзорной рентгенографии органов грудной клетки у детей.
9. Рентгеноконтрастные методы исследования.
10. Экскреторная урография.
11. Антеградная и ретроградная пиелография.
12. Цистография.
13. Уретрография (восходящая, нисходящая).
14. Ирригография.
15. Бронхография.
16. Ангиопульмонография.
17. Диагностический пневмоторакс.
18. Медиастинография.
19. Использование эксцизионной биопсии в детской хирургии.
20. Использование инцизионной биопсии в детской хирургии.

### **6.2.2. Ситуационные задачи**

#### **Задача № 1**

Ребёнок 10 лет предъявляет жалобы на слабо выраженную боль в области ногтевой фаланги II пальца правой кисти. Местно: отёчность и нависание околоногтевого валика над ногтевой пластинкой, пальпация околоногтевого валика болезненна. Пассивные и активные движения в пальце не нарушены. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях – деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

#### **Задача № 2**

Ребёнок 13 лет предъявляет жалобы на сильную пульсирующую боль в кончике I пальца левой кисти. Говорит, что из-за боли не может спать. Температура тела – 38,6<sup>0</sup>. Местно: отёк первого пальца, более выраженный в области ногтевой фаланги. Кожа пальца гиперемирована. При ощупывании пальца выявляется умеренная болезненность, значительная – в области кончика пальца. Палец в вынужденном положении – прямой; однако движения в суставах сохранены, но умеренно болезненны. При пальпации пальца феномен зыбления мягких тканей не выявляется. Рентгенография пальца в двух стандартных проекциях – деструктивных изменений костной структуры фаланг пальца не выявлено. УЗИ: отёк мягких тканей концевой фаланги.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

### **Задача № 3**

У ребёнка 5 лет отмечены увеличение и болезненность лимфатических узлов подмышечной области. Температура тела – 37,5-38<sup>0</sup>. Родители указывают на тот факт, что у ребёнка ухудшился аппетит. При пальпации подмышечной области определяются плотные, резко болезненные лимфоузлы, отграниченные от окружающих тканей. Кожа подмышечной области гиперемирована, местная температура повышена.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

### **Задача № 4**

Ребёнок 11 лет жалуется на боль при жевании пищи, припухлость мягких тканей около уха. Местно: в правой околоушной области определяется припухлость мягких тканей без чётких границ, кожа над ней слегка гиперемирована. При ощупывании припухлость плотная, умеренно болезненная.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

### **Задача № 5**

У новорожденного ребёнка определяется увеличение левой грудной железы, гиперемия кожи. При ощупывании железа плотная, местная температура повышена, сама процедура у ребёнка вызывает болезненную реакцию (двигательное беспокойство, плач). Мама ребёнка указывает на то, что у малыша нарушился аппетит – плохо сосёт здоровую грудь.

Поставить клинический диагноз. Определить тактику лечения.

## **6.2.3. Перечень практических навыков**

1. Алгоритм определение группы крови и резус-фактора.
2. Алгоритм наложения кровоостанавливающего жгута.
3. Алгоритм пальцевого ректального исследования.
4. Алгоритм выполнения сифонной клизмы.
5. Алгоритм зондирования и промывания желудка.
6. Алгоритм катетеризации мочевого пузыря.
7. Алгоритм плевральной пункции.
8. Алгоритм наложения узловых швов на рану.
9. Алгоритм пункционной биопсии.
10. Алгоритм закрытого массажа сердца.

## **6.2.4. Тестовые задания**

1. Чтобы правильно трактовать имеющиеся изменения, необходимо произвести рентгенографию грудной клетки в положении:
  - А. Лежа на спине
  - Б. Стоя
  - В. Лежа на животе;
  - Г. В положении Тренделенбурга
  - Д. На «горке»
2. Левая и правая стороны на рентгенограмме грудной клетки определяются по:
  - А. Наклейке на рентгенограмме
  - Б. Букве «Л» или «П», поставленной рентгенотехником
  - В. Газовому пузырю желудка

- Г. Тени средостения
  - Д. Высоте куполов диафрагмы
3. Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:
- А. Артрении пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода
  - Б. Артрении пищевода (безсвищевая форма)
  - В. Халазии кардии
  - Г. Врожденным коротким пищеводом
  - Д. Грыже пищеводного отверстия диафрагмы
4. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов:
- А. При бронхоэктазии
  - Б. При врожденной лобарной эмфиземе
  - В. При легочной секвестрации
  - Г. При кисте легкого
  - Д. При опухоли легкого
5. Бронхография противопоказана:
- А. При опухоли легкого
  - Б. При легочной секвестрации
  - В. При врожденной лобарной эмфиземе
  - Г. При кисте легкого
  - Д. При бронхоэктазии
6. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является:
- А. Интубационный наркоз без миорелаксантов
  - Б. Местная анестезия
  - В. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
  - Г. Интубационный наркоз с применением миорелаксантов
  - Д. Применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи
7. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна:
- А. «Слепая» катетеризация бронхов под масочной анестезией
  - Б. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана
  - В. Введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана
  - Г. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем
  - Д. Введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля
8. Диагностический пневмоторакс показан:
- А. При гематоме легкого

- Б. При легочной секвестрации
- В. При лобарной эмфиземе
- Г. При опухоли средостения
- Д. При кистозной гипоплазии

9. При выполнении «жесткой» эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне:

- А. 1-го физиологического сужения
- Б. 2-го физиологического сужения
- В. Области кардии
- Г. Между 1-м и 2-м физиологическими сужениями
- Д. Между 2-м физиологическим сужением и кардией

10. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- А. При бронхоэктазии
- Б. При туберкулезе
- В. При абсцессе легкого
- Г. При легочной секвестрации
- Д. При агенезии легкого

11. Абсолютными показаниями для выполнения торакоскопии у детей являются:

- А. Киста легкого
- Б. Спонтанный пневмоторакс
- В. Легочная секвестрация
- Г. Опухоль легкого
- Д. Опухоль средостения

12. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- А. Синдром напряжения в грудной полости
- Б. Ранение легкого инструментами
- В. Отек легкого
- Г. Легочно-сердечная недостаточность
- Д. Все перечисленные

13. На рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

- А. Пиопневмоторакс
- Б. Ателектаз
- В. Буллезная форма легочной деструкции
- Г. Пиоторакс
- Д. Пневмоторакс

14. Наиболее рациональным положением больного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:

- А. Вертикальное

- Б. Лежа
- В. На правом боку
- Г. На левом боку
- Д. Любое из предложенных

15. Наиболее характерным признаком для паретической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости являются:

- А. Единичные широкие уровни
- Б. Множественные мелкие уровни
- В. Большой газовый пузырь желудка
- Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- Д. Свободный газ в брюшной полости

16. Наиболее характерным признаком для механической непроходимости кишечника по обзорной рентгенограмме брюшной полости является:

- А. Единичные широкие уровни
- Б. Множественные мелкие уровни
- В. Большой газовый пузырь желудка
- Г. Наличие большого количества жидкости в брюшной полости
- Д. Свободный газ в брюшной полости

17. Наиболее целесообразно выполнять рентгеновское исследование после дачи бариевой взвеси у больного с подозрением на спаечную обтурационную непроходимость кишечника:

- А. Каждый час
- Б. Через каждые 3 часа
- В. Через 3, 6, 12 часов
- Г. Через 12, 24 часа
- Д. В зависимости от клинической картины и эффективности консервативных мероприятий

18. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- А. Один прямой снимок
- Б. Один боковой снимок
- В. Два — прямой и боковой
- Г. Два — прямой и косой
- Д. Три — прямой, боковой и косой

19. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника и ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- А. Один — после расправления инвагината
- Б. Два — при обнаружении инвагината и после его расправления
- В. Три — обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления
- Г. Четыре — обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его

- расправления и после расправления
- Д. Рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический
20. В качестве контрастного вещества при фистулографии у больного с хроническим остеомиелитом костей таза следует использовать:
- А. Воздух
  - Б. Водорастворимый контраст
  - В. Йодолипол
  - Г. Раствор бариевой взвеси
  - Д. Любое из предложенных
21. Ректальное пальцевое исследование в детской хирургии не показано при подозрении на:
- А. Абсцесса Дугласова пространства
  - Б. Кисты яичника
  - В. Инородного тела прямой кишки
  - Г. Ректо-сигмоидита
  - Д. Полипа прямой кишки
22. Типичной проекцией привратника при пилоростенозе, выявляемой при пальпации живота у младенца 1-го месяца жизни, является:
- А. Средняя линия выше пупка
  - Б. Край правого подреберья
  - В. Уровень пупка
  - Г. Область правого подреберья на 2-3 см выше пупка у наружного края прямой мышцы живота
  - Д. Внутри от переднего отдела правой подвздошной кости
23. Контрастное обследование пищевода с барием не показано при:
- А. Халазии кардии
  - Б. Ахалазии кардии
  - В. Врождённом трахеопищеводном свище
  - Г. Атрезии пищевода
  - Д. Врождённом коротком пищеводе
24. Эзофагоскопия не обязательна при:
- А. Ахалазии пищевода
  - Б. Врождённом стенозе пищевода
  - В. Ожоге пищевода
  - Г. Халазии кардии
  - Д. Атрезии пищевода
25. При оценке тяжести пневмонии у новорождённых наиболее достоверным из физикальных методов обследования является:
- А. Осмотр грудной клетки
  - Б. Аускультация лёгких

- В. Перкуссия грудной клетки
- Г. Число дыхательных движений в минуту
- Д. Оценка степени цианоза и одышки

26. Наиболее информативным из физикальных методов исследования при подозрении у новорождённого на острый живот является:

- А. Наблюдение за поведением ребёнка
- Б. Осмотр живота
- В. Деликатная пальпация живота
- Г. Перкуссия живота
- Д. Зондирование желудка

27. Достоверным клиническим признаком пилоростеноза является:

- А. Симптом «песочных часов»
- Б. Обильная рвота
- В. Потеря веса
- Г. Обнаружение утолщенного привратника при пальпации
- Д. Склонность к запорам

28. Зондирование пищевода с диагностической целью не показано при:

- А. Врождённом коротком пищеводе
- Б. Пневмонии
- В. Атрезии пищевода
- Г. Врождённом трахео-пищеводном свище
- Д. Врождённом стенозе пищеводе

29. При подозрении на трахеопищеводный свищу новорождённого наиболее достоверным диагностическим мероприятием является:

- А. Эзофагоскопия
- Б. Рентгеноконтрастное исследование пищевода
- В. Трахеоскопия
- Г. Оценка тяжести аспирационной пневмонии по рентгенограмме
- Д. Трахеоскопия с одномоментным введением в пищевод синьки

30. При цистографии у новорождённых чаще всего выявляется:

- А. Уретероцеле
- Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Наличие незаращённого урахуса
- Г. Наличие пузырно-кишечного свища
- Д. Наличие дивертикула мочевого пузыря

31. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А. Гидронефротическую трансформацию почек
- Б. Врождённую кишечную непроходимость
- В. Врождённый трахео-пищеводный свищ
- Г. Гастрошизис

- Д. Врожденный порок сердца
32. При рентгеноконтрастном исследовании пищевода и желудка нельзя выявить:
- А. Халазию кардии
  - Б. Ахалазию кардии
  - В. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
  - Г. Геморрагический гастрит
  - Д. Пилоростеноз
33. Метод ирригографии с бариевой взвесью не используется для диагностики:
- А. Заворота средней кишки
  - Б. Атипичного расположения аппендикса
  - В. Болезни Гиршпрунга
  - Г. Язвенно-некротического энтероколита у новорожденного
  - Д. Инвагинации кишечника
34. При патологии пупочной области зондирование пупочной ямки не проводят для выявления:
- А. Кальциноза пупочной области
  - Б. Фунгуса пупка
  - В. Полного свища желточного протока
  - Г. Неполного свища желточного протока
  - Д. Свища урахуса
35. Основным показателем правильности анатомических соотношений в суставах при артрографии является:
- А. Равномерная высота суставной щели
  - Б. Строгое соответствие краев сочленяющихся суставных поверхностей
  - В. Соответствие оси конечности с осью движения в суставе
  - Г. Правильные ответы А) и Б)
  - Д. Нет такого показателя
36. Абсолютным противопоказанием к люмбальной пункции является:
- А. Смещение срединных структур мозга
  - Б. Менингит
  - В. Менингоэнцефалит
  - Г. Стафилококковая деструкция легких
  - Д. Родовая черепно-мозговая травма
37. Отсутствие контрастирования желчного пузыря наиболее характерно для:
- А. Для кисты общего желчного протока
  - Б. Для хронического безкаменного холецистита
  - В. Для хронического калькулезного холецистита
  - Г. Для врожденной гипоплазии желчевыделительной системы
  - Д. Для хронического гепатита

38. Спленопортография выполняется:
- А. Под общим обезболиванием с применением миорелаксантов
  - Б. Под местным обезболиванием
  - В. Через переднюю брюшную стенку
  - Г. В положении сидя
  - Д. После лапаротомии
39. Отсутствие нормальных анатомических образований в воротах печени наиболее характерно:
- А. Для внепеченочной формы портальной гипертензии
  - Б. Для хронического гепатита
  - В. Для цирроза печени
  - Г. Для врожденного фиброза печени
  - Д. Для эхинококкоза печени
40. Пункционная биопсия печени выполняется:
- А. Под общим обезболиванием
  - Б. Под местным обезболиванием
  - В. Через переднюю брюшную стенку
  - Г. В положении сидя
  - Д. После лапаротомии
41. Пункция оболочек яичка показана:
- А. При кисте семенного канатика
  - Б. При перекруте яичка
  - В. При орхоэпидидимите
  - Г. При напряженной водянке оболочек яичка
  - Д. При идиопатическом отеке мошонки
42. Показанием для проведения функциональных исследований в гепатологии является:
- А. Спленомегалия с варикозным расширением вен пищевода
  - Б. Гепатомегалия
  - В. Гипербилирубинемия
  - Г. Анемия с частыми носовыми кровотечениями
  - Д. Асцит
43. Диафаноскопия не показана:
- А) при паховой грыже;
  - Б) при пахово-мошоночной грыже;
  - В) при перекруте яичка;
  - Г) при остро возникшей кисте элементов семенного канатика;
  - Д) при бедренной грыже.
44. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют:
- А. Отсутствие яичка в мошонке

- Б. Беспокойство и подъем температуры
- В. Наличие мягко эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопии
- Г. Гиперемия мошонки
- Д. Гиперемия и болезненность в паховой области

45. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:

- А. Перпендикулярное направление
- Б. Под углом  $10^\circ$
- В. Под углом  $20^\circ$
- Г. Под углом  $30^\circ$
- Д. Под углом  $40^\circ$

46. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием:

- А. Острая задержка мочи
- Б. Гидронефроз
- В. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
- Г. Недержание мочи
- Д. Нейрогенный мочевой пузырь

47. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография не помогает установить диагноз:

- А. Клапан задней уретры
- Б. Гидронефроз
- В. Удвоение верхних мочевых путей
- Г. Торакальная дистония почки
- Д. Подковообразная почка

48. Антеградную пиелографию проводят для выявления:

- А. Дивертикула мочевого пузыря
- Б. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса
- В. Прходимости пиелоуретрального анастомоза при гидронефрозе
- Г. Опухоли почки
- Д. Кисты почки

49. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- А. Сморщивание или гипоплазия почки
- Б. Новообразование или киста почки
- В. ОРВИ или апостематоз почки
- Г. Пиелэктазия или гидронефроз
- Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь

50. Цистография противопоказана:

- А. При пузырно-кишечных и пузырно-вагинальных свищах
- Б. При уретероцеле
- В. При обострении пиелонефрита
- Г. При контрактуре шейки мочевого пузыря
- Д. При опухолевом процессе в малом тазу

### 6.3. Рекомендуемая литература

#### Основная литература:

1. Детская хирургия [Электронный ресурс] / под ред. А.Ю. Разумовского; отв. ред. А.Ф. Дронов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438039.html>
2. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей [Электронный ресурс] / Козлова Ю.А., Подкаменева В.В., Новожилова В.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441275.html>
39. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс] / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html>
4. Амбулаторная травматология детского возраста. Руководство [Электронный ресурс] / Н.Г. Жила, В.И. Зорин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441190.html>
5. Гематогенный остеомиелит у детей [Электронный ресурс] / Стрелков Н.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443026.html>
6. хирургия детского возраста [Электронный ресурс] / В.В. Леванович, Н.Г. Жила, И.А. Комиссаров - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430163.html>

#### Дополнительная литература:

1. Хирургическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса у детей [Электронный ресурс] / Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970416303.html>
2. Хирургия живота и промежности у детей: Атлас [Электронный ресурс] / Под ред. А.В. Гераськина, А.Н. Смирнова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420065.html>