# Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике

# Ситуационные задачи

# Задача №1

В приемный покой бригадой скорой помощи доставили 3-х летнюю девочку с жалобами на появление крови в стуле. Изменения в стуле заметила 2 дня назад. Девочка не лихорадит и не жалуется на боли в животе. Темные сгустки крови перемешаны со свежей кровью (при осмотре горшка, который родители привезли с собой). При объективном осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледные, ЧСС составляет 115 уд/мин, АД 76/42 мм рт.ст. Поставлен назогастральный зонд – получено небольшое количество желчи.

Проведите дифференциальный диагноз. Какова наиболее вероятная причина данного желудочно-кишечного кровотечения?

#### Задача №2

Ребенок 4 лет поступил в клинику с жалобами на боли в перианальной области. Из анамнеза известно 4 дня назад в НИИ ЛОР был проведен разрез, дренирование фурункула левого слухового прохода. Была назначена АБ-терапия, которую мама не выполняла. Местно: в перианальной области на 4 часах определяется болезненный при пальпации инфильтрат размерами 2.5\*1.5 см. Вокруг зона гиперемии и умеренного отека. Ваш диагноз, тактика обследования и лечения.

#### Задача №3

Вас вызвали к ребенку 14 дней жизни. С рождения у ребенка скудный меконеальный стул, в последующие дни стул и газы отходят плохо, только после клизмы через газоотводную трубку. Трижды была рвота с желчью. Живот вздут, видна перистальтика кишечных петель. После клизмы получен скудный стул. Потерял в весе 200 г. Ваш предварительный диагноз, диф.диагноз, тактика обследования и лечения

# Задача №4

Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита, но ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. На внутривенной урографии выявлен расширенный извитой левый мочеточник и деформированная лоханка. Ваш предварительный диагноз, диф.диагноз, план обследования и лечения.

#### Задача №5

Вы - врач неотложной помощи, вызваны к ребенку 8 месяцев через 6 часов от начала заболевания. Мама рассказала, что на фоне полного благополучия появились приступы резкого беспокойства, отказ от еды, ребенок сучит ножками. Стул был нормальным. При ректальном осмотре- выделения по типу «малинового желе». Ваш диагноз и тактика?

#### Задача №6

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.

#### Залача №7

В послеоперационном периоде, на 6-е сутки после аппендэктомии у больного Н., появились острые схваткообразные боли в животе, тошнота, рвота, вздутие живота. При объективном исследовании состояние больного тяжелое, черты лица несколько заострены. В период приступов боли ведет себя беспокойно, корчится от болей. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут. При пальпации живот мягкий, болезненный в мезогастрии. Перкуторно: высокий тимпанит. Аускультативно: выслушивается усиленные кишечные шумы, определяется симптом «плеска». Симптомов раздражения брюшины нет. Назовите возникшее осложнение, с чем необходимо проводить диф. диагноз. Тактика лечения.

#### Залача №8

Девочка 16 лет, с детства страдающая сахарным диабетом 1 типа, поступает в клинику в состоянии комы, на искусственной вентиляции легких. Дозатором получает реланиум. Из анамнеза у мамы удалось выяснить, что 2 дня назад над верхней губой появился гнойничковый элемент, который она самостоятельно выдавила. Вечером того же дня появились головные боли и повышение температуры до фебрильных цифр. На следующий день утром развился приступ судорог, была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Ваш предварительный диагноз. Какие осложнения могли возникнуть? Основные принципы лечения.

#### Задача №9

У ребенка, рожденного от беременности, протекавшей с угрозой выкидыша, преждевременных родов, обнаружен дефект брюшной стенки справа от пуповины, через который эвентрированы отечные, покрытые фибрином кишечные петли.

Состояние после рождения тяжелое, вял, кожные покровы бледные, акроцианоз, дыхание до 48 в мин, сердечные тоны приглушены, до 160 в мин.,

Вес ребенка 2200г. в первые сутки жизни pH-7,29, pCO2-40, BE- -6, Hb-200 г/л, Ht-65%, Натрий плазмы 135 мэкв/л, Калий плазмы - 5,2 мэкв/л, мочевина 12,5ммоль/л. Ваш предварительный диагноз, условия транспортировки ребенка из родильного дома, план обследования и лечения.

### Задача №10

В приёмное отделение обратился мальчик 15 лет в сопровождении учителя. Известно, что 30 минут назад ребенок на уроке физкультуры, во время игры в волейбол упал на пол, опираясь на правую руку. Возникла резкая боль и деформация в области локтевого сустава. Активные движения в локтевом суставе стали невозможны из-за выраженной болезненности. При осмотре рука находится на повязке-косынке, ребенок придерживает поврежденную конечность. Отмечается отек в области сустава, участки кровоизлияний в окружающие мягкие ткани. Движения в пальцах кисти сохранены, капиллярная реакция без существенных нарушений.

Ваш предварительный диагноз. План обследования и тактика лечения.

# Перечень тестовых заданий

# 1. Неотложная хирургия

- 1. Что изменяется в клинической картине острого аппендицита с наступлением деструкции отростка?
- 1. Ухудшается общее состояние.
- 2. Появляется рвота.
- 3. Усиливаются боли в животе.
- 4. Наступает «светлый промежуток».
- 5. Появляется частый жидкий стул.
- 2. Какое исследование является решающим в диагностике тазового аппендицита?
- 1. Ректороманоскопия.
- 2. Ирригография.
- 3. Цистоскопия.
- 4. Ректальное пальцевое исследование
- 5. Рентгенограмма таза.
- 3. Какой метод исследования является решающим для исключения или подтверждения острого аппендицита у ребенка с абдоминальным синдромом при пневмонии?
- 1. Ректальное исследование.
- 2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
- 3. УЗИ брюшной полости.
- 4. Рентгенограмма грудной клетки
- 4. Какие дифференциально-диагностические признаки при копростазе или глистной инвазии говорят в пользу кишечной колики, а не в пользу острого аппендицита?
- 1. Двигательное беспокойство ребенка.
- 2. Нежелание ребенка двигаться, положение на правом боку с приведенными к животу ногами.
- 3. Напряжение мышц брюшной стенки.
- 4. Отсутствие напряжения мышц брюшной стенки.
- 5. Исчезновение болей после очистительной клизмы.
- A-1,4,5 G-2,3,5 G-1,3,5 G-2,4,5.
- 5. Укажите в каком возрасте наиболее часто встречается кишечная инвагинация:
- 1. До двух месяцев
- 2. От трех месяцев до одного года
- 3. От одного до трех лет
- 4. Старше трех лет
- 6. Укажите наиболее характерную локализацию инвагинации кишечника у детей:
- 1. Тонко-тонкокишечная

- 2. Тонко-толстокишечная
- 3. Толсто-толстокишечная
- 7. Наиболее типичная триада симптомов при инвагинации:
  - 1. схваткообразные боли, стул в виде малинового желе, пальпирующийся в животе инвагинат.
  - 2. постоянные боли, мелена, пальпирующийся в животе инвагинат.
  - 3. «кинжальная боль», вынужденное положение тела, напряженный живот.
  - 4. схваткообразные боли, стул в виде «рисового отвара», западение живота.
- 8. Что нужно осматривать у ребенка при подозрении на острый аппендицит?
- 1. Живот
- 2. Грудную клетку
- 3. Зев
- 4. Кожу
- 5. Все перечисленное
- 9. Какой основной клинический синдром характеризует закрытые повреждения паренхиматозных органов?
- 1. Синдром перитонита
- 2. Дизурический синдром
- 3. Печеночно-почечная недостаточность
- 4. Сердечно-сосудистая недостаточность
- 5. Синдром внутреннего кровотечения
- 10. Какими особенностями отличается разрыв селезенки?
- 1. Доскообразным напряжением живота
- 2. Длительным отсутствием нарушений центральной гемодинамики
- 3. Прогрессирующими с момента травмы нарушениями центральной гемодинамики
- 4. Быстрым падением показателей красной крови
- 5. Высоким лейкоцитозом после травмы
- 6. Иррадиацией болей в левое надплечье
- А-2,5,6. Б-3,4,6. В-1,3,4. Г-1,3,4. Д-2,4,6.
- 2. Гнойная хирургия
- 1. Контаминацией называют:
- 1. Обсеменение организма новорожденного ребенка микробной флорой
- 2. Приживление микробной флоры в организме
- 3. Контакт ребенка с инфицированной матерью
- 4. Контакт ребенка с неблагополучной эпид обстановкой в роддоме
- 5. Наиболее частый вид возбудителей гнойных хирургических заболеваний
- 2. Колонизацией называют:
- 1. Обсеменение организма новорожденного микробной флорой
- 2. Наличие колоний микроорганизмов после посева их на чашке Петри
- 3. Микробный спектр воздуха родильного дома
- 4. Заселение и приживление микробной флоры в организме новорожденного
- 5. Помещение ребенка в колонию с осужденной матерью
- 3. Дисбактериозом называют:
- 1. Симбионтные отношения макроорганизма и естественной микрофлоры
- 2. Нарушение симбионтных взаимоотношений

- 3. Высев патогенных микроорганизмов из кала
- 4. Отсутствие микробов в посеве кала
- 5. Высев сапрофитных микробов из гемокультуры
- 4. Что способствует генерализации хирургической инфекции в организме новорожденного ребенка?
- 1. Аллергия
- 2. Дефицит иммуноглобулинов и компонентов комплемента
- 3. Анемия
- 4. Искусственное вскармливание
- 5. При какой форме омфалита возможно консервативное лечение в амбулаторных условиях?
- 1. При простом
- 2. При гнойном
- 3. При флегмоне пупка
- 4. При гангрене пупка
- 6. Какие элементы кожи поражает воспалительный процесс при псевдофурункулезе?
- 1. Сальные железы
- 2. Потовые железы
- 3. Эпидермис
- 4. Дерму
- 5. Подкожную клетчатку
- 7. В чем заключается лечение псевдофурункулеза?
- 1. Консервативное: повязки с ихтиоловой мазью местно и антибиотики парентерально
- 2. Оперативное: вскрытие всех воспалительных очагов
- 3. Оперативное: иссечение псевдофурункулов в пределах здоровых тканей
- 8. Какие элементы кожи первично поражаются при некротической флегмоне новорожденных?
- 1. Сальные железы
- 2. Потовые железы
- 3. Эпидермис
- 4. Дерма
- 5. Подкожная клетчатка
- 9. Какие из перечисленных местных клинических признаков наиболее характерны для некротической флегмоны новорожденных?
- 1. Уплотнение кожи (без гиперемии), возвышающееся над ее поверхностью
- 2. Гиперемия кожи с припухлостью и флюктуацией в центре
- 3. Быстро распространяющаяся гиперемия кожи с потемнением и западением в центре пораженного участка
- 4. Гиперемия кожи с четкими «географическими» границами
- 5. Конусовидные инфильтраты с гнойно-некротическим стержнем в центре
- 10. В чем заключается местное лечение некротической флегмоны новорожденных?
- 1. Наложение влажных высыхающих повязок с антисептиками
- 2. Крестообразный разрез над всей поверхностью гиперемии
- 3. Разрез в центре гиперемии
- 4. Пункция подкожной клетчатки с промыванием полости антибиотиками
- 5. Множественные разрезы-насечки в шахматном порядке по всей поверхности гиперемии с переходом на здоровую кожу

- 3. Хирургия пороков развития
- 1. Какая из форм атрезии пищевода встречается наиболее часто?
- 1. Пищевод в виде тяжа без просвета
- 2. Изолированная форма
- 3. Атрезия с верхним и нижним трахеопищеводными свищами
- 4. Атрезия с нижним трахеопищеводным свищом
- 5. Атрезия с верхним трахеопищеводным свищом
- 2. Какой отдел желудочно-кишечного тракта отграничивает высокую врожденную кишечную непроходимость от низкой?
- 1. Соустье между желудком и пищеводом
- 2. Пилорус
- 3. Начальный отдел тощей кишки
- 4. Илеоцекальное соустье
- 5. Ректосигмоидный отдел толстой кишки
- 3. Какие дополнительные исследования нужно провести в роддоме для подтверждения диагноза атрезии пищевода?
- 1. Обзорную рентгенографию грудной клетки
- 2. Контрастное исследование пищевода
- 3. Эзофагоскопию
- 4. Попытку зондировать желудок
- 5. УЗИ
- 4. В каком отделе позвоночника чаще всего встречаются спинномозговые грыжи?
- 1. В шейном
- 2. Грудном
- 3. Пояснично-крестцовом
- 5. Порок каких анатомических образований играет в формировании спинномозговой грыжи ведущую роль?
- 1. Кожи и подкожной клетчатки
- 2. Дужек позвонков
- 3. Тел позвонков
- 4. Оболочек спинного мозга
- 5. Спинного мозга и его корешков
- 6. Чем закрывается дефект дужек позвонков при операции?
- 1. Только кожей
- 2. Мышечно-апоневротическими лоскутами
- 3. Костной пластикой из дужек позвонков
- 4. Аутотрансплантатом из ребра или плоской кости черепа
- 5. Гомокостью
- 7. Порок развития каких анатомических образований играет ведущую роль в формировании эмбриональной грыжи пупочного канатика?
- 1. Дефект кожи живота
- 2. Дефект мышечно-апоневротической стенки живота
- 3. Порок развития пупочных сосудов

- 4. Аномалия расположения пуповины
- 8. В чем заключается консервативное лечение эмбриональной грыжи пупочного канатика?
- 1. Массаж передней брюшной стенки
- 2. Обработка оболочек грыжи дубящими растворами с последующим наложением мазевых повязок
- 3. Систематическое применение клизм
- 4. Наложение липкопластырных повязок
- 5. Ношение бандажа
- 9. Какие цели преследует операция при эмбриональной грыже пупочного канатика?
- 1. Закрытие дефекта кожей
- 2. Пластику дефекта мышечно-апоневротической стенки живота
- 3. Резекцию части выпавшего кишечника
- 4. Увеличение объема брюшной полости

# 4. Урология, плановая хирургия

- 1. При каком из перечисленных состояний экскреторная урография не показана?
- 1. Острый пиелонефрит
- 2. Травма почки
- 3. Почечная колика
- 5. Макрогематурия
- 2. Какой из перечисленных методов исследования наиболее достоверен в диагностике клапанов задней уретры?
- 1. Цистоскопия
- 2. Уретроскопия
- 3. Микционная цистоуретерография
- 4. Экскреторная урография
- 5. УЗИ мочевого пузыря
- 3. Выберите из нижеперечисленных возможные причины ПМР:
- 1. Хронический цистит
- 2. Фимоз
- 3. Несостоятельность пузырно-мочеточникового соустья
- 4. Обструкция в пиело-уретеральном соустье
- 5. Инфравезикальная обструкция
- 6. Внепузырная эктопия устья мочеточника
- А-1,3,5. Б-4,5,6. В-2,4,6. Г-1,5,6. Д-2,3,4.
- 4. Фактором риска развития какого из перечисленных состояний является ПМР?
- 1. Гипертрофии шейки мочевого пузыря
- 2. Хронической почечной недостаточности
- 3. Мочекаменной болезни
- 4. Хронического гепатита
- 5. Сколько градаций предусматривает международная классификация ПМР?
- 1. Две

- 2. Три
- 3. Пять
- 4. Семь
- 5. Десять
- 6. В чем заключается хирургическое лечение ПМР?
- 1. В нефрэктомии
- 2. Пиелостомии
- 3. Пересадке мочеточников в пузырь с созданием длинного подслизистого его отдела
- 4. Суживании устья мочеточника
- 5. Цистостомии
- 7. Какие из перечисленных признаков дают основание заподозрить гидронефроза?
- 1. Постоянная макрогематурия
- 2. Стойкая инфекция мочевой системы
- 3. Дизурия
- 4. Никтурия
- 8. Какая из перечисленных операций чаще всего применяется при гидронефрозе у детей?
- 1. Нефрэктомия
- 2. Пластика пиелоуретерального сегмента
- 3. Уретеронеоцистостомия
- 4. Пиелостомия
- 5. Резекция почки
- 9. На основании каких из перечисленных методов исследования устанавливается диагноз полного удвоения почки?
- 1. Экскреторная урография
- 2. Ретроградная пиелография
- 3. Цистоскопия
- 4. Цистография
- 5. Ангиография
- А-1,3. Б-2,3,5. В-1,4,5. Г-1,5. Д-2,5.
- 10. Какая операция при удвоении почек производится чаще других?
- 1. Анастомоз между удвоенными мочеточниками
- 2. Удаление одного из мочеточников с анастомозом между удвоенными лоханками
- 3. Уретеронеоцистостомия
- 4. Нефрэктомия
- 5. Геминефруретерэктомия
- 5. Травматология, комбустиология
- 1. Чем объясняется меньшая частота и тяжесть переломов костей у детей по сравнению со взрослыми?
- 1. Большей минерализацией костей
- 2. Меньшим весом тела
- 3. Большей тонкостью костей
- 4. Богатством детского скелета хрящевой тканью
- 5. Хорошо развитым надкостничным футляром костей
- А-2,4,5. Б-3,4,5. В-1,2,4. Г-1,2,5. Д-2,3,4. Е-2,3,5.

- 2. Какие из перечисленных переломов более характерны для детей?
- 1. Оскольчатые
- 2. С большим смещением по ширине
- 3. С угловым смещением
- 4. По типу «зеленой ветки»
- 5. Эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы
- А-3,4,5. Б-1,4,5. В-2,3,4. Г-2,4,5. Д-1,3,4.
- 3. Какие из перечисленных методов лечения переломов костей предпочтительнее у детей?
- 1. Одномоментная репозиция с внешней фиксацией
- 2. Интрамедуллярный остеосинтез
- 3. Экстрамедуллярный остеосинтез
- 4. Компрессионный остеосинтез
- 4. К дисплазиям скелета из перечисленных заболеваний относятся:
- 1. Рахитические деформации
- 2. Болезнь Блаунта
- 3. Дистрофические костные кисты
- 4. Остеохондропатии
- 5. К дистрофическим заболеваниям скелета относятся:
- 1. Дисхондроплазия
- 2. Рахитические деформации
- 3. Болезнь Блаунта
- 4. Костно-хрящевые экзостозы
- 6. Из каких элементов деформации стопы складывается врожденная косолапость?
- 1. Вальгусная деформация, Эквинус стопы, Супинация стопы, Инфлексия стопы
- 2. Вальгусная деформация, Эквинус стопы, Пронация стопы, Уплощение свода стопы
- 3. Вальгусная деформация, Эквинус стопы, Аддукция стопы, Уплощение свода стопы
- 4. Варусная деформация, Эквинус стопы, Пронация стопы, Инфлексия стопы
- 5. Варусная деформация, Эквинус стопы, Супинация стопы, Инфлексия стопы
- 7. Как протекает ожоговая болезнь у детей по сравнению со взрослыми?
- 1. Тяжелее
- 2. Легче
- 3. Одинаково
- 8. Что из перечисленного является основным компонентом терапии ожогового шока у летей?
- 1. Назначение обезболивающих средств
- 2. Инфузионная терапия, направленная на компенсацию патологических потерь жидкости
- 3. Введение антигистаминных средств и ингибиторов протеолиза
- 4. Назначение больших доз антибактериальных препаратов
- 5. Назначение стероидных гормонов
- 9. Какие утверждения правильны для термо-ингаляционной травмы?
- 1. Характерна Дисфония, осиплость голоса
- 2. Отмечается Сухой кашель
- 3. Определяется Копоть на лице
- 4. При поражении удваивается тяжесть состояния ребенка
- 5. Обязательна санация ТБД

# А- 1,3,5. Б-2,3,5. В-1,3,4. Г-3,4,5. Д- все ответы правильные

- 10. С какой площадью ожога дети (после 1 года) первоначально госпитализируются в отделение реанимации:
  - 1. более 10 % поверхности тела
  - более 15 % поверхности тела
    более 25 % поверхности тела

  - 4. более 50 % поверхности тела
  - 5. более 75 % поверхности тела