

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина



УТВЕРЖДАЮ

Зарифьян А.Г.

2015 г.

Абдоминальная хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой
Учебный план

Детской хирургии
аз1060121_мдх.plx
31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА
Профиль: Детская хирургия

Форма обучения

очная

Общая трудоемкость

3 ЗЕТ

Часов по учебному плану

108

Виды контроля в семестрах:
зачеты 4

в том числе:
аудиторные занятия
самостоятельная работа


22
85,8

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	4 (2.2)		Итого	
	Неделя			
Неделя	17			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	10	10	10	10
Практические	12	12	12	12
Контактная работа в период теоретического обучения	0,2	0,2	0,2	0,2
Итого ауд.	22	22	22	22
Контактная работа	22,2	22,2	22,2	22,2
Сам. работа	85,8	85,8	85,8	85,8
Итого	108	108	108	108

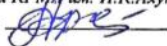
Программу составил(и):

канд.мед.наук, доцент, Мыкыев К.М.; канд.мед.наук, доцент, Порожай В.Н.

Рецензент(ы):

канд.мед.наук, доцент кафедры дет.хирургии КГМА им. И.К.Ахунбаева, Султаналиева А.С.; канд.мед.наук, доцент кафедры педиатрии КРСУ, Афанасенко Г.П.





**Рабочая программа дисциплины
Абдоминальная хирургия**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по направлению подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 03.09.2014 г. № 1200)

составлена на основании учебного плана:

Направление подготовки 31.06.01 КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профиль: Детская хирургия

утвержденного учёным советом вуза от 08.04.2015 протокол № 8.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Детской хирургии

Протокол от 25.01 2015 г. № 9

Срок действия программы: уч.г. Зав. кафедрой Мыкыев К.М.


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11 2016 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 29.10 2016 г. № 3
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21.05 2017 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 21.05 2017 г. № 9
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
21.05 2018 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 18.05 2018 г. № 9
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.


Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
18.09 2019 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры Детской хирургии

Протокол 29.08 2019 г. № 2
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
23.09 2020 г. 

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Детской хирургии

Протокол 28.08 2020 г. № 1
Зав. кафедрой Мыкыев К.М.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	подготовить квалифицированного специалиста, обладающего системой универсальных,
1.2	общепрофессиональных и профессиональных компетенций, способного и готового к
1.3	самостоятельной научно-исследовательской и преподавательской деятельности
1.4	по профилю «Детская хирургия».

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.03
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Научно-исследовательская деятельность
2.1.2	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (научно-исследовательская)
2.1.3	Практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (педагогическая)
2.1.4	Академическое письмо
2.1.5	Амбулаторная хирургия
2.1.6	Детская урология
2.1.7	Педагогика и психология высшей школы
2.1.8	Иностранный язык
2.1.9	История и философия науки
2.1.10	История медицины
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Представление научного доклада об основных результатах подготовленной научно-квалификационной работы (диссертации)
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
2.2.3	Подготовка научно-квалификационной работы (диссертации)
2.2.4	Хирургия новорожденных
2.2.5	Травматология и ортопедия детского возраста
2.2.6	Детская хирургия
2.2.7	Государственный (кыргызский) язык
2.2.8	Торакальная хирургия
2.2.9	Технологии научных исследований

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ОПК-3: способностью и готовностью к анализу, обобщению и публичному представлению результатов выполненных научных исследований	
Знать:	
Уровень 1	основные принципы анализа результатов исследования, основные принципы обобщения результатов исследования
Уровень 2	правила оформления результатов научноисследовательской работы
Уровень 3	основные нормативные документы по библиографии, способы представления своей научнообразовательной деятельности.
Уметь:	
Уровень 1	интерпретировать полученные результаты, осмысливать и критически анализировать научную информацию, оценивать и проверять гипотезы, объясняющие причину, условия и механизм возникновения заболеваний и их прогрессирования
Уровень 2	применять современные методы и средства автоматизированного анализа и систематизации научных данных
Уровень 3	сформулировать научные выводы, формулировать научные положения, излагать полученные данные в печатных научных изданиях, излагать полученные данные в устных докладах и online выступлениях, представлять в мультимедийных презентациях.
Владеть:	
Уровень 1	методами написания диссертации, отчета по НИР, научной статьи, монографии, научного доклада
Уровень 2	навыками оформления библиографического списка в соответствии с действующими ГОСТами

Уровень 3	методами статистической обработки экспериментальных медико-биологических данных с использованием современных ИТ, способами оформления и представления научных материалов в современных прикладных программах.
ПК-2: способностью и готовностью к проведению прикладных научных исследований в области детской хирургии	
Знать:	
Уровень 1	современные исследовательские программы в области клинико-этиологического анализа при острых и плановых хирургических патологиях органов брюшной полости у детей
Уровень 2	принципы и критерии отбора больных в клиническое исследование
Уровень 3	основные направления лабораторных методов исследований для оценки морфологических, физиологических и патофизиологических процессов в организме больного при неотложных и плановых хирургических заболеваниях у детей
Уметь:	
Уровень 1	получать информацию о новых областях знаний, инновационных методах в практической детской хирургии
Уровень 2	осуществлять отбор больных в исследование по клиническим критериям включения и исключения, критически анализировать и обобщать полученные данные, объективно оценивать эффективность изучаемых методов диагностики, профилактики, лечения
Уровень 3	отметить практическую ценность тех или иных лабораторных методов для оценки патологических состояний в организме больного ребенка при острых и плановых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей.
Владеть:	
Уровень 1	навыками и способами оценки современных научно-технических достижений новыми методами диагностики и лечения.
Уровень 2	навыками подготовительной научно-исследовательской работы в изучении состояния органов с учетом достижений современной медицины.
Уровень 3	навыками лабораторных методов исследования, позволяющие оценивать тяжесть патологических состояний в организме больного при неотложных и плановых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и передней брюшной стенки у детей.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	-основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
3.1.2	-эпидемиологические сведения, влияние этиологических факторов при хирургической абдоминальной патологии у детей;
3.1.3	-современные классификации, этиологию, патогенез, клинические и лабораторные данные неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости в детском возрасте;
3.1.4	- современные методы диагностики, стандарты лечения неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости у детей;
3.1.5	- алгоритм методике обследования и современные методы диагностики, стандарты лечения детей с повреждениями органов брюшной полости, особенности при сочетанных повреждениях;
3.1.6	- принципы диспансеризации и реабилитации больных детей после перенесенной операции на органах брюшной полости;
3.2	Уметь:
3.2.1	-общаться с родителями и родственниками больных различными плановыми и неотложными хирургическими патологиями, соблюдая нормы и принципы деонтологии;
3.2.2	-получить информацию о заболевании, установить возможные причины с учетом влияния на организм социальных, генетических, наследственных, возрастных и климатических факторов при неотложных хирургических патологиях детского возраста;
3.2.3	- оценить тяжесть состояния больного и при необходимости оказать неотложную
3.2.4	помощь;
3.2.5	- проводить амбулаторный прием детей с абдоминальной патологией;
3.2.6	- принимать правильное решение по тактике ведения больного проводить функциональные, лабораторные и инструментальные исследования, давать им оценку;
3.2.7	- распознавать особенности клинического течения, выявлять осложнения и сопутствующие заболевания;
3.2.8	- проводить дифференциальную диагностику, формулировать и обосновывать клинический диагноз при неотложных абдоминальных хирургических патологиях у детей;

3.2.9	- выбрать тактику ведения больного с учетом индивидуальных и патогенетических особенностей, сопутствующих травм и патологий;
3.2.10	- осуществлять наблюдение за диспансерной группой больных после перенесенных операций по поводу различных неотложных и плановых хирургических заболеваний у детей;
3.2.11	- оформить медицинскую документацию в соответствии с законодательством;
3.2.12	- организовать работу среднего и младшего медицинского персонала;
3.2.13	- составить отчет о работе и провести ее анализ;
3.2.14	- анализировать научную литературу и подготовить реферат по современным проблемам неотложной абдоминальной хирургии и пороков.
3.3	Владеть:
3.3.1	- принципами врачебной деонтологии и медицинской этики;
3.3.2	- методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования:
3.3.3	морфологических, биохимических, иммунологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, кислотно-основного состава крови;
3.3.4	- интерпретировать результатов функционального исследования органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, почек и мочевой системы, печени, центральной нервной системы, вегетативного статуса, данные УЗИ, КТ, МРТ и др.;
3.3.5	- навыками лечебных мероприятий при плановых и неотложных хирургических заболеваниях, в соответствии со стандартом медицинской помощи;
3.3.6	- методами проведения экстренных и плановых оперативных вмешательств у детей с хирургическими заболеваниями органов брюшной в детском возрасте;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте факт.	Пр. полг.	Примечание
	Раздел 1.							
1.1	1. Острый аппендицит у детей. Особенности клиники в зависимости от возраста, локализации. Осложнения до операции и послеоперации. Лечение. Современные методы лечения. 2. Острая кишечная непроходимость. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Осложнения. 3. Острый холецистит, панкреатит у детей. клиника, классификация, лечение. 4. Перитонит у детей. Классификация, клиника ранней и поздней кишечной непроходимости у детей. Диагностика. Лечение. 5. Современные тенденции в диагностике и лечении хирургических заболеваниях абдоминальной патологии у детей. /Лек/	4	10	ОПК-3 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6 Л2.7 Л2.8Л3.1 Л3.2			
1.2	1. Клиника и диагностика острого аппендицита у детей. Особенности клиники, диагностики и лечение острого аппендицита у детей до 3-х лет и в зависимости от локализации червеобразного отростка у детей.	4	12	ОПК-3 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.7 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.6 Л2.7 Л2.8Л3.1 Л3.2			

	<p>2. Осложнения острого аппендицита у детей до операции и в послеоперационном периоде. Аппендикулярный абсцесс, инфильтрат. Внутреннее кровотечение, клиника, диагностика и тактика в лечении.</p> <p>3. Инвагинация кишечника. Особенности клиники, диагностика и лечение. Осложнения.</p> <p>4. Внутреннее кровотечение. Классификация, причины. Диагностика, лечение.</p> <p>5. клиника поврежденных внутренних паренхиматозных органов у детей. Причины. Классификация. Тактика.</p> <p>6. Острый холецистит, панкреатит. Ущемленные грыжи у детей. /Пр/</p>							
1.3	осмотр больных , перевязки, ассистенции при остром аппендиците /КрТО/	4	0,2	ОПК-3 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.8Л3.1 Л3.2			
1.4	<p>1. Особенности острого аппендицита у детей до 3-х лет. Особенности клиники, двухфазность течения, особенности диагностики, Особенности лечения.</p> <p>2. Особенность острого аппендицита при атипичных локализациях червеобразного отростка. Особенность диагностики, лечение.</p> <p>3. Апендикулярный инфильтрат у детей. Патогенез, клиника, диагностика, тактика в лечении.</p> <p>4. Апендикулярный абсцесс у детей. Патогенез, клиника, диагностика, тактика в лечении. Осложнения.</p> <p>5. Осложнения аппендикулярного перитонита. Клиника, диагностика, лечение. Современные методы лечения.</p> <p>6. Первичный перитонит у детей. Клиника пельвиоперитонита. Диагностика, лечение. Тактика хирурга во время операции.</p> <p>7. Асцит перитонит. Причины, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>8. Инвагинация кишечника у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Методы консервативного лечения.</p>	4	85,8	ОПК-3 ПК-2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л1.8 Л1.9Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.7 Л2.8Л3.1 Л3.2			

	<p>9. Дифференциальная диагностика инвагинации кишечника у детей. Особенности клиники у детей старшего возраста. Диагностика выпадении прямой кишки и инвагинации кишечника.</p> <p>10. Ранняя спаечно-паретическая кишечная непроходимость у детей. Клиника, диагностика, методы консервативного и хирургического лечения. Реабилитация после операции.</p> <p>11. Поздняя спаечно-странгуляционная кишечная непроходимость у детей. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация.</p> <p>12. Методы наложения энтеро- и колостомы при кишечной непроходимости. Уход за кишечными свищами. Сроки закрытия.</p> <p>13. Патология необлитерации желточного протока у детей. Полные и неполные свищи. Энтерокистомы. Диагностика, лечение.</p> <p>14. Дивертикул Меккеля у детей. Осложнения, хирургическая тактика. Методы резекции дивертикула Меккеля. Традиционные и лапароскопические.</p> <p>15. Лимфоангиома брыжейки кишечника. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.</p> <p>16. Острый панкреатит у детей. Клиника, классификация, тактика в лечении.</p> <p>17. Острый холецистит у детей. Клиника, диагностика, тактика лечения.</p> <p>18. Кисты селезенки у детей. Причины, клиника при осложненных и неосложненных кистах. Лечение.</p> <p>19. Эхинококкоз печени у детей. Клиника неосложненного эхинококкоза. Диагностика, лечение. Методы консервативного лечения.</p> <p>20. Эхинококкоз органов брюшной полости у детей. Диагностика, осложнения, лечение.</p> <p>21. Синдром портальной гипертензии у детей. Классификация, клиника в зависимости форм. Методы хирургического лечения.</p> <p>22. Болезнь Крона. Определение. Классификация, клиника, диагностика и лечения при осложнениях.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

<p>23. Желудочно кишечные кровотечения у детей. Классификация, Клиника желудочно кишечных кровотечений при синдроме портальной гипертензии. До госпитальная помощь, лечение консервативное. Современные методы лечения.</p> <p>24. кровотечения при синдроме Меллори-Вэйса. Причины, диагностика, лечение.</p> <p>25. Кишечное кровотечения при Дивертикуле Меккеля. Клиника, диагностика, тактика врача при диагностике и лечении.</p> <p>26. Полип толстого кишечника. Определение. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>27. Удвоения кишечника. Клиника при осложнениях. Диагностика, лечение.</p> <p>28. Кисты желчного протока. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>29. Болезнь Гиршпрунга. Классификация, клиника в зависимости от форм поражения. Методы диагностики.</p> <p>30. Лечение болезни Гиршпрунга. Метод проведения очистительных клизм. Осложнения. Лечение болезни Гиршпрунга. Осложнения.</p> <p>31. Дисфункция толстого кишечника. Хронические запоры. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>32. Травмы поджелудочной железы у детей. Классификация Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.</p> <p>33. Травмы селезёнки у детей. Виды, клиника, диагностика, лечение. Принцип хирургического лечения.</p> <p>34. Разрыв печени у детей. Механизм травмы. Классификация, клиника двухмоментного кровотечения. Диагностика, лечение.</p> <p>35. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Причины, клиника. Диагностика. Тактика лечения. Осложнения.</p> <p>36. Безоары желудка. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Диспансеризация.</p> <p>37. Осложнения при инородных телах желудочно-кишечного тракта, особенности в современных условиях. Осложнения, перитонит, тактика хирургического лечения при попадании батареек, магнитов.</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--

	<p>38. Тератомы внутренних органов. Классификация, клиника, диагностика, осложнения. Лечение.</p> <p>39. Острые хирургические заболевания внутренних половых органов у девочек. Аднексит, перекрут яичника, гидатида, разрывы кист яичника. Диагностика, лечение.</p> <p>40. Язвенная болезнь желудка и 12-п кишки у детей. Осложнения. Перфорация язвенной болезни, перитонит. Кровотечения при язвенной болезни. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>41. Тупая травма полых органов у детей. Причины, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>42. Гнойный оментит у детей. Классификация, клиника, тактика хирургического лечения.</p> <p>43. Обтурационная кишечная непроходимость у детей. Причины Клиника, диагностика, лечение. /Ср/.</p>							

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Анатомо-физиологические особенности органов брюшной полости у детей с точки зрения детского хирурга.
2. Характеристика жалоб и современные методы исследования при абдоминальных патологиях у детей.
3. Острый аппендицит у детей. Клиника острого аппендицита при типичном и атипичном расположении слепой кишки и червеобразного отростка.
4. Острый аппендицит у детей до 3-х лет. Особенности клиники, диагностики и лечения у детей до 3-х лет.
5. Осложнения острого аппендицита до операции. Аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс.
6. Осложнения острого аппендицита после операции у детей. Ближайшие и отдаленные.
7. Аппендикулярный перитонит.
8. Криптогенный перитонит, асцит перитонит.
9. Спаечная кишечная непроходимость.
10. Инвагинация кишечника у детей.
11. Хирургические заболевания селезенки.
12. Хирургические заболевания поджелудочной железы.
13. Закрытые травмы паренхиматозных органов у детей.
14. Клиника изолированного одномоментного и двухмоментного внутреннего кровотечения у детей. Диагностика, алгоритм в лечении.
15. Острый панкреатит у детей.
16. Острый холецистит у детей.
17. Гиперспленизм в детском возрасте.
18. Аномалии и пороки желчевыводящих путей у детей.
19. Кисты холедоха.
20. Методы хирургического лечения при аномалиях и пороках желчевыводящих путей у детей.
21. Эхинококкоз печени у детей.
22. Синдром портальной гипертензии у детей.
23. Желудочно-кишечные кровотечения у детей.
24. Кишечное кровотечение при дивертикуле Меккеля.
25. Полип толстого кишечника.
26. Болезнь Крона у детей.
27. Клиника, диагностика повреждений полых органов у детей.
28. Болезнь Гиршпрунга.
29. Методы диагностики и хирургического лечения при болезни Гиршпрунга.
30. Диагностическое значение инструментальных методов исследования при абдоминальных хирургических патологиях у детей (КТ, МРТ, УЗИ, рентгенография).
31. Синдром хронические запоры и раздражения толстого кишечника.
32. Профилактика, реабилитация и диспансеризация при эхинококкозе печени у детей.
33. Методы и алгоритм исследования при повреждениях паренхиматозных и полых органов у детей.
34. Осложнения при эхинококкозе печени, кистах селезенки, методы лечения.
35. Методы паллиативного и хирургического лечения при синдроме портальной гипертензии.
36. Методы и показания к энтеростомии, колостомии, и гастростомии в детском возрасте.
37. Современные методы хирургического лечения при хирургических патологиях ЖКТ.
38. Методы консервативного и оперативного лечения при инвагинации кишечника.
39. Методы гастростомии. Современные аспекты гастростомии.
40. Эндоскопические методы хирургического лечения при экстренных хирургических патологиях органов брюшной полости у детей. Положительные и отрицательные аспекты.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

1. Анатомо-физиологические особенности органов брюшной полости у детей..
2. Острый аппендицит у детей.
3. Спаечная кишечная непроходимость у детей.
4. Кисты селезенки и поджелудочной железы у детей.
5. Закрытые травмы полых и паренхиматозных органов у детей.
6. Болезнь Гиршпрунга.
7. Хирургические патологии внутренних половых органов у девочек симулирующих острый живот.
8. Инвагинация кишечника у детей.

5.3. Фонд оценочных средств

Тесты:

1. В основе болезни Гиршпрунга лежит:
 - а. врожденный ганглионоз участка толстой кишки
 - б. гипертония мышечного слоя кишки
 - в. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки
 - г. токсическая дилатация

2. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга целесообразно выполнить:
- ирригографию
 - ирригографию с отсроченным снимком через 24 часа
 - дачу бариевой смеси через рот
 - колоноскопию
 - определение активности ацетилхолинэстеразы
3. Оптимальными сроками выполнения радикальной операции у ребенка с болезнью Гиршпрунга, после колостомы, выполненной в период новорожденности, является:
- 3 мес
 - 6 мес
 - 9 мес
 - 12 мес
4. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 мес. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:
- острую
 - подострую
 - хроническую
 - ректальную
5. Оптимальным оперативным пособием при острой форме болезни Гиршпрунга у детей является:
- операция Дюамеля
 - операция Свенсона
 - операция Соаве
 - колостома
 - илеостома
6. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:
- обзорная рентгенография брюшной полости
 - ирригография с воздухом
 - ирригография с бариевой взвесью
 - дача бариевой взвеси через рот
 - колоноскопия
7. У ребенка 4 лет отмечены кровотечения алой кровью во время дефекации. При ректальном обследовании обнаружен полип слизистой прямой кишки. Ему следует рекомендовать:
- осмотр прямой кишки в зеркалах, прошивание ножки и удаление полипа
 - колоноскопию, осмотр всей толстой кишки, электрокоагуляцию полипа
 - ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа
 - осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа
 - криодеструкцию полипа
8. Наиболее частой причиной кровотечения из прямой кишки у детей является:
- лейкоз
 - трещина заднего прохода
 - язвенный колит
 - полип прямой кишки
 - гемофилия
9. Дифференциальную диагностику между выпадением прямой кишки и выпадением головки инвагината у детей позволяет провести:
- обзорная рентгенография брюшной полости
 - пальцевое исследование прямой кишки
 - ирригография с воздухом
 - лапароскопия
 - колоноскопия
10. Ребенку ошибочно была поставлена очистительная клизма раствором нашатырного спирта. Сразу отмечены боли в области прямой кишки. Спустя несколько часов появились боли в животе и перитонеальные знаки. Ребенку показано:
- наблюдение, антибиотики, обезболивающие препараты
 - сифонная клизма
 - срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
 - цекстомия
 - сигмостомия
11. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:
- проведение консервативных мероприятий
 - наблюдение

- в. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
г. срочная операция
д. операция после предоперационной подготовки
12. У ребенка на 4-е сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходима:
а. срочная операция
б. наблюдение
в. дача бария, наблюдение
г. дача бария, проведение консервативных мероприятий
д. операция в плановом порядке
13. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не входят:
а. острый аппендицит
б. острый панкреатит
в. киста общего желчного протока
г. ущемленная паховая грыжа
д. вирусный гепатит
14. Ребенок 10 лет оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:
а. с ректального пальцевого исследования
б. с ирригографии с воздухом
в. с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя
г. с введения зонда в желудок
д. с дачи бариевой взвеси через рот
15. Наиболее частой причиной тонко-тонкокишечной инвагинации является:
а. возрастная дискоординация перистальтики
б. изменение или нарушение режима питания
в. диспепсия
г. респираторно-вирусная инфекция
д. органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)
16. У ребенка 10 мес приступообразные боли в животе, однократная рвота. Температура нормальная. В правой подвздошной области пальпируется округлоопухолообразование. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. Предположительный диагноз-инвагинация кишечника. Клиническую картину следует расценить:
а. как начальный период
б. как период ярких клинических проявлений
в. как период непроходимости кишечника
г. как явления перитонита
д. присоединение кишечной инфекции
17. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:
а. расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем
б. пальпаторное расправление инвагината под наркозом
в. расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа
г. расправление инвагината воздухом под контролем колоноскопа
д. оперативное лечение
18. У ребенка 8 мес приступообразные боли в животе. Однократная рвота. В правой подвздошной области пальпируется округлое образование. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:
а. острый аппендицит
б. инвагинация кишечника
в. аппендикулярный инфильтрат
г. кишечная инфекция
д. опухоль брюшной полости
19. У ребенка 8 мес клиника инвагинации кишечника. Давность заболевания 9 час с момента появления выраженного беспокойства. Оптимальным методом специального обследования у больного следует считать:
а. ирриграфию с воздухом
б. ирриграфию с бариевой смесью
в. колоноскопию
г. лапароскопию
д. исследование ректального давления
20. У ребенка с инвагинацией кишечника, давностью заболевания 10 часов консервативные мероприятия оказались неэффективными. При расположении инвагината в правой подвздошной области наиболее предпочтительны:

- а. срединная лапаротомия
- б. поперечная лапаротомия
- в. разрез в подвздошной области
- г. параректальный доступ
- д. разрез по Пфаненштилю

21. У ребенка инвагинация кишечника. Давность заболевания более 30 часов. Выражены явления перитонита. В этом случае предпочтительна:

- а. срединная лапаротомия
- б. поперечная лапаротомия
- в. разрез в правой подвздошной области
- г. трансректальный доступ
- д. параректальный доступ

22. У ребенка во время операции по поводу запущенной формы инвагинация кишечника обнаружены некроз дистального отдела подвздошной кишки и сомнительная жизнеспособность вышележащих отделов подвздошной кишки на протяжении 50 см. Тактика хирурга включает:

- а. резекцию явно некротизированного участка кишки, илеостому, плановую релапаротомию через 12 часов
- б. резекцию всей подвздошной кишки, илеостому
- в. резекцию всей подвздошной кишки, тонко-толстокишечный анастомоз
- г. выведение на кожу измененного участка кишки петлей
- д. резекцию некротизированного участка кишки, кишечный анастомоз

23. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен массивный разрыв селезенки с переходом на область ворот органа. Продолжается активное кровотечение. Наиболее рациональные действия хирурга включают:

- а. спленэктомия
- б. попытку ушивания дефекта
- в. перевязку селезеночной артерии
- г. оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
- д. спленэктомия с имплантацией пульпы селезенки

24. У ребенка с травмой живота во время операции обнаружен линейный разрыв селезенки с умеренным кровотечением. Рациональные действия хирурга включают:

- а. спленэктомия
- б. попытку ушивания дефекта
- в. перевязку селезеночной артерии
- г. оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
- д. спленэктомия с имплантацией культи селезенки

25. У ребенка с травмой живота диагностировано внутрибрюшное кровотечение, повреждение селезенки. Гемодинамика стабильная. Наиболее целесообразные действия хирурга:

- а. лапароцентез
- б. лапароскопия, осмотр брюшной полости
- в. лапароскопия, установка длительного дренажа
- г. лапаротомия, ревизия брюшной полости
- д. наблюдение, консервативная терапия

26. У ребенка 10 лет подозрение на повреждение печени. Отмечается непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии, небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Состояние средней тяжести. Гемодинамика стабильная. Ребенку следует рекомендовать:

- а. лапароцентез
- б. лапароскопию
- в. лапаротомию
- г. наблюдение
- д. наблюдение, консервативную терапию

27. У ребенка 7 лет после падения с высоты состояние средней тяжести. Жалобы на боли в животе. Определяется непостоянное напряжение мышц брюшной стенки, болезненность при перкуссии живота. Начать обследование целесообразно:

- а. с рентгенографии брюшной полости
- б. с ультразвукового исследования
- в. с лапароцентеза
- г. с лапароскопии
- д. с внутривенной урографии

28. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:

- а. срединная лапаротомия
- б. поперечная лапаротомия

- в. разрез в левом подреберье
г. параректальный доступ
д. трансректальный доступ
29. У ребенка с травмой живота подозрение на повреждение печени. Состояние тяжелое. Гемодинамика нестабильна. Из лечебных действий целесообразны:
- а. лапароцентез
б. лапароскопия
в. лапаротомия
г. консервативная терапия
д. наблюдение
30. У ребенка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:
- а. лапароцентез
б. лапароскопия
в. лапаротомия
г. консервативная терапия
д. наблюдение
31. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:
- а. лапароцентез
б. лапароскопия
в. лапаротомия
г. наблюдение
д. консервативная терапия
32. При пальпируемом кистозном образовании брюшной полости у ребенка 7 лет целесообразно начать обследование с:
- а. пальпации под наркозом
б. ультразвукового исследования
в. обзорной рентгенографии брюшной полости
г. лапароскопии
д. ирригография
33. У ребенка 7 лет с травмой живота перкуторно отмечено исчезновение печеночной тупости. Дальнейшее исследование должно включать:
- а. рентгенографию брюшной полости
б. лапароцентез
в. лапароскопию
г. ультразвуковое исследование
д. ангиографию
34. У ребенка с травмой живота на обзорной рентгенограмме выявлен свободный газ в брюшной полости. Ему необходима:
- а. лапароскопия
б. лапароцентез
в. лапаротомия
г. ультразвуковое исследование
д. наблюдение
35. Релапаротомия - это:
- а. повторная операция, выполняемая для устранения различных осложнений после вмешательства на органах брюшной полости ближайшем периоде после операции.
б. любая повторная операция на органах брюшной полости через 1 месяц после выписки.
в. повторная операция при рецидиве спечной болезни
г. повторная операция при грыжесечении
д. повторная операция при вентральной грыже.
36. Ребенок 5 лет проглотил гвоздь длиной 40 мм. На обзорной рентгенограмме гвоздь фиксирован в желудке. Наиболее рационально в этом случае:
- а. гастроскопия
б. гастротомия
в. наблюдение
г. стимуляция моторики кишечника
д. дача бариевой взвеси и наблюдение
37. При эхинококкозе печени показаны:

- а. химиотерапия
 - б. гормональная терапия
 - в. оперативное вмешательство
 - г. рентгенотерапия
 - д. наблюдение в динамике
38. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаза) в детском возрасте является:
- а. гормональные нарушения
 - б. наследственность
 - в. пороки развития желчного пузыря
 - г. нарушение обменных процессов
 - д. хронический гепатит
39. Наиболее информативным методом диагностики опухолей и кист печени является:
- а. ультразвуковое исследование
 - б. компьютерная томография
 - в. радиоизотопное исследование
 - г. ангиография
 - д. все перечисленные методы в комплексе
40. Наиболее важным отличительным признаком апоплексии яичника является:
- а. возникновение заболевания в середине менструального периода
 - б. признаки внутрибрюшного кровотечения
 - в. при ректальном исследовании - нависание передней стенки и болезненность при смещении матки
 - г. нормальная температура тела, отсутствие изменений в формуле крови
 - д. комплекс перечисленных признаков
41. У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно:
- а. с контрастного исследования желудка и 12-ти перстной кишки
 - б. гастродуоденоскопии
 - в. лапароскопии
 - г. лапаротомии и ревизии брюшной стенки
 - д. колоноскопии
42. У ребенка во время операции по поводу флегмонозного аппендицита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. Ему наиболее целесообразно:
- а. удаление Меккелева дивертикула
 - б. оставление дивертикула
 - в. плановое удаление дивертикула через 2-3 мес
 - г. на усмотрение хирурга
 - д. установка страхового дренажа для наблюдения
43. Во время операции по поводу аппендикулярного перитонита случайно обнаружен неизменный Меккелев дивертикул. Рациональное действие хирурга включает:
- а. удаление дивертикула
 - б. оставление дивертикула
 - в. введение стомы на уровне дивертикула
 - г. плановое удаление дивертикула через 3 мес.
 - д. плановое удаление дивертикула в индивидуальные сроки
44. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является
- а. острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность
 - б. беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание
 - в. нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза
 - г. мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков
 - д. обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования
45. Ребенок 6 мес. находится на лечении по поводу деструктивной пневмонии. В течение последних дней - ухудшение состояния. Рвота. Вздутие живота. Задержка стула. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - равномерно раздутые петли кишечника. Наиболее вероятной причиной изменений со стороны живота является:
- а. спаечная непроходимость кишечника
 - б. инвагинация кишечника
 - в. динамическая непроходимость кишечника
 - г. перитонит
 - д. острый аппендицит
46. Холодный аппендикулярный инфильтрат обнаружен во время операции. Операция должна быть закончена:
- а. разделение инфильтрата, аппендэктомией

- б. марлевым тампоном к инфильтрату
в. микроирригатором
г. резиновым выпускником
д. ушиванием раны, антибиотиками и физиотерапией после операции
47. Во время операции обнаружен абсцесс-инфильтрат аппендикулярного происхождения. Давность заболевания - 6 дней. В инфильтративный процесс вовлечен купол слепой кишки. Выделение червеобразного отростка затруднено, однако его основание свободно от сращений. Оптимальной тактикой будет:
- а. аппендэктомия обычным способом
б. отказ от аппендэктомии, тампонада гнойника марлей
в. аппендэктомия ретроградным способом, дренирование гнойника
г. отказ от аппендэктомии, оставление местномикроирригатора
д. пересечение отростка у основания без его удаления, дренирование
48. У ребенка через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Ребенку показана:
- а. срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
б. ревизия через доступ в правой подвздошной области
в. наблюдение, проведение консервативных мероприятий
г. лапароцентез
д. лапароскопия
49. У больного, оперированного по поводу флегмонозного аппендицита, на 6-й день после операции отмечен подъем температуры, которая приобрела гектический характер. Живот мягкий, безболезнен. Отмечено частое мочеиспускание и позывы к дефекации. Дальнейшее обследование следует начинать:
- а. с пальпации живота под наркозом
б. с лапароскопии
в. с рентгеноскопии грудной клетки
г. с ультразвукового исследования брюшной полости
д. с ректального пальцевого исследования
50. У ребенка болезненный инфильтрат по ходу зашитой раны после аппендэктомии. Ему следует рекомендовать:
- а. назначение антибиотиков
б. курс физиотерапии
в. наблюдение
г. снять все швы
д. снять один шов и произвести ревизию раны зондом
51. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:
- а. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево
б. гиперлейкоцитоз
в. лейкопения
г. отсутствие изменений
д. ускорение СОЭ
52. У ребенка на операции обнаружен гангренозный аппендицит. Выпот прозрачный, около отростка небольшие фибриновые наложения, инфильтрация тканей. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:
- а. одномоментное введение антибиотиков
б. резиновый выпускник
в. марлевый тампон
г. промывание брюшной полости
д. тампон Микулича
53. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком, поступившем в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:
- а. 3 часами
б. 6 часами
в. 12 часами
г. 18 часами
д. 24 часами
54. Для больного с абдоминальным болевым синдромом в продромальном периоде кори, характерны:
- а. гипертермия
б. конъюнктивит, светобоязнь
в. наличие пятен Коплика на слизистых
г. головная боль, носовое кровотечение, раздражительность
д. все перечисленные признаки
55. У ребенка картина странгуляционной непроходимости кишечника. Ему необходимы:

- а. проведение консервативных мероприятий
 - б. наблюдение
 - в. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 часов
 - г. срочная операция
 - д. операция после предоперационной подготовки
56. Основной клинический синдром повреждения полого органа:
- а. синдром перитонита
 - б. дизурический синдром
 - в. синдром печеночно-почечной недостаточности
 - г. синдром сердечно-сосудистой недостаточности
 - д. синдром внутреннего кровотечения
57. Характерное положение больного при повреждении (разрыве) селезенки:
- а. на левом боку с выпрямленными ногами
 - б. на спине с поджатыми ногами
 - в. беспокойное положение, симптом "Ваньки-встаньки"
 - г. коленно-локтевое положение
 - д. положение на животе
58. Экстренное оперативное вмешательство показано при:
- а. остром аппендиците
 - б. копростазе
 - в. почечной колике
 - г. печеночной колике
 - д. мезадените
59. Ребенку с остро возникшими болями в животе показано:
- а. амбулаторное обследование
 - б. госпитализацию в педиатрическое отделение
 - в. плановую госпитализацию в хирургическое отделение
 - г. экстренную госпитализацию в хирургическое отделение
 - д. госпитализацию в инфекционное отделение
60. При остро возникших болях в животе необходимо инструментальное исследование:
- а. пневмоирригография
 - б. ультразвуковое исследование
 - в. обзорная рентгенография брюшной полости
 - г. колоноскопия
 - д. радиоизотопное исследование
61. Какое из перечисленных положений, имеющих отношение к острым заболеваниям яичек у детей, ошибочно:
- а. боль - ведущий симптом заболевания
 - б. гиперемия и отек мошонки возникают спустя 1-2 часа от начала заболевания
 - в. яичко уплотняется, увеличивается в размерах и становится болезненным при ощупывании
 - г. показания к хирургическому лечению возникают редко
 - д. специфическое поражение яичек встречается редко
62. Для закрытой травмы живота с повреждением полого органа характерно все, кроме:
- а. укорочение перкуторного звука в отлогих местах
 - б. выраженные симптомы раздражения брюшины
 - в. наличие свободного газа в брюшной полости рентгенологически
 - г. отсутствие перистальтики
 - д. симптом исчезновения печеночной тупости
63. Для закрытой травмы селезенки характерны симптомы, кроме:
- а. "Френикус"- симптом
 - б. сильные опоясывающие боли
 - в. укорочение перкуторного звука в левой половине живота
 - г. слабый симптом Щеткина-Блюмберга
 - д. лейкоцитоз
 - е. снижение артериального давления
64. Для установления диагноза травматического повреждения селезенки используют следующие методы, кроме:
- а. ангиографию

- б. лапароцентез или лапароскопию
в. УЗИ
г. пневмоперитонеум
д. измерение артериального давления
е. обзорную рентгенографию брюшной полости
65. Для закрытой травмы печени характерны следующие симптомы, кроме:
а. явления посттравматического шока
б. положительный фриникус симптом
в. болезненность и слаболожительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье
г. свободный газ в брюшной полости
д. укорочение перкуторного звука в правом боковом канале
66. Назовите экстренные мероприятия при остром кровотечении из верхних отделов ЖКТ:
а. интубация трахеи
б. промывание желудка
в. антибиотикотерапия
г. переливание препаратов крови
д. КТ головного мозга
67. Укажите возможные причины перитонита у детей:
а. перфорация дивертикула Меккеля
б. полный свищ пупка
в. незаращение урахуса
г. атрезия 12-перстной кишки
д. аденофлегмона
68. В приемный покой доставлен ребенок 2-х лет. В течении суток ребенок капризный, сон поверхностный, не спит, лежит на правом боку, рвота, жидкий стул. При пальпации живота ребенок ведет себя беспокойно, плачет, активно напрягает мышцы живота. Пульс 132 в минуту, Т- 38,1*С. Ваш предварительный диагноз:
а. вирусная инфекция
б. пневмония
в. инвагинация
г. острый аппендицит
д. глистная инвазия
69. Через 8 часов после аппендэктомии клиника внутрибрюшного кровотечения. Показана:
а. срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости
б. ревизия через доступ в правой подвздошной области (через п/о раны)
в. консервативное лечение
г. лапароцентез
д. лапароскопия
70. У ребенка на 4 сутки после операции картина ранней спаечной непроходимости кишечника. Ему необходимы:
а. срочная операция
б. операция в плановом порядке
в. наблюдение
г. дача бария и наблюдение
д. дача бария и проведение консервативных мероприятий
71. У ребенка 6 месяцев приступообразные боли в животе, рвота. Perirectum обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Ваш вероятный диагноз:
а. острый аппендицит
б. инвагинация кишечника
в. кишечная инфекция
г. опухоль брюшной полости
д. аппендикулярный инфильтрат
72. В каком возрасте дети чаще болеют острым аппендицитом?
а. в грудном
б. в ясельном
в. в дошкольном
г. в предшкольном
д. в школьном
73. К воспалительным заболеваниям илео-цекального угла, которые могут симулировать острый аппендицит, не относится:

- а. болезнь Крона
- б. тифлит
- в. баугинит
- г. лимфосаркома
- д. мезаденит

74. К вариантам нормального расположения червеобразного отростка относятся все, кроме:

- а. нисходящее
- б. латеральное
- в. медиальное
- г. левостороннее
- д. ретроцекальное

75. Показаниями к проведению лапароскопии у детей при подозрении на острый аппендицит являются:

- а. диагностические трудности
- б. возраст до 3 лет
- в. многократная рвота
- г. гипертермический синдром
- д. кишечный токсикоз

76. Во время операции по поводу острого аппендицита у девочки обнаружен перекрут кисты яичника. Червеобразный отросток не изменен. Произведено удаление кисты. Ваша тактика по отношению к аппендиксу?

- а. отросток не удалять
- б. аппендэктомия произведена в плановом порядке
- в. выполнить аппендэктомию кистетным методом
- г. отросток не удалять, но оставить в брюшной полости страховочный дренаж
- д. выполнить аппендэктомию лигатурным способом

77. Как по автору называется симптом «толчка» при остром аппендиците?

- а. симптом Кохера
- б. симптом Образцова
- в. симптом Воскресенского
- г. симптом Бартомье-Михельсона
- д. симптом Ровзинга

78. Что может послужить причиной хронической кишечной инвагинации?

- а. полип прямой кишки
- б. дивертикул Меккеля
- в. хронический аппендицит
- г. лимфо-, ретикулосаркома подвздошной кишки
- д. клубок аскарид

79. Какой препарат не используется для остановки кровотечений:

- а. 1% раствор викасола
- б. 5% раствор эпсилонаминокапроновой кислоты
- в. фибриноген
- г. гемодез
- д. 10% раствор хлорида кальция

80. Что не относится к острой механической кишечной непроходимости:

- а. спастическая
- б. странгуляционная
- в. обтурационная
- г. инвагинация
- д. сдавление абберантным сосудом

81. Профилактикой спайкообразования в брюшной полости не является:

- а. щадящее отношение к тканям
- б. хороший гемостаз
- в. использование влажных тупферов
- г. тщательность наложения швов на кишки
- д. использование масляных растворов в брюшной полости

82. Как называется главный проток поджелудочной железы:

- а. холедох
- б. урахус
- в. желточный проток

- г. вирусного протока
д. ацинарный проток
83. Что является патогномичным лабораторным признаком при остром панкреатите:
а. повышение билирубина и трансаминаз
б. повышение мочевины
в. повышение лейкоцитоза и СОЭ
г. повышение амилазы и диастазы
д. повышение щелочной фосфатазы
84. Какой возбудитель встречается наиболее часто при аппендикулярном перитоните у детей:
а. стафилококк
б. стрептококк
в. кишечная палочка
г. синегнойная палочка
д. анаэроб
85. Какой симптом говорит о наличии перитонита при проведении ректального пальцевого исследования:
а. слабость анального сфинктера
б. сужение анального канала
в. пустая ампула прямой кишки
г. опухоль в малом тазу
д. нависание и болезненность стенок прямой кишки
86. Что нужно осматривать у ребенка при подозрении на острый аппендицит:
а. зев
б. кожу
в. грудную клетку
г. живот
д. все перечисленное
87. При поступлении у больного 14 лет обнаружен «холодный» аппендикулярный инфильтрат. Выберите правильное тактическое решение:
а. срочная операция
б. операция в плановом порядке
в. наблюдение
г. консервативное лечение в стационаре
д. лечение в домашних условиях
88. Выберите характерные для острого аппендицита изменения в общем анализе крови:
а. лейкоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 8 мм/час, формула – без изменений
б. лейкопения, СОЭ – 14 мм/час, моноцитоз
в. лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 18 мм/час, сдвиг формулы влево
г. лейкоциты $5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 43 мм/час, в формуле – лейкопения
д. сдвиг формулы белой крови вправо
89. Причинами затруднений в диагностике острого аппендицита у детей до 3 лет являются все, кроме:
а. преобладание общих симптомов над местными
б. несовершенство нервно-психической сферы ребенка
в. отсутствие настороженности у врачей в связи с редкостью заболевания острым аппендицитом в этом возрасте
г. трудности выявления симптомов раздражения брюшины
д. отсутствие общей симптоматики
90. Во время операции разрезом Волковича-Дьяконова по поводу острого аппендицита обнаружен гангренозный дивертикул Меккеля и неизменный червеобразный отросток. Какова дальнейшая тактика:
а. переход на срединную лапаротомию с целью удаления дивертикула
б. удаление аппендикса и дивертикула из косоого разреза с оставлением страховочного дренажа
в. удаление аппендикса и дивертикула из косоого разреза, но без дренирования брюшной полости
г. аппендикс не удалять
д. аппендэктомия лигатурным способом
91. Какая характеристика выделяемой из кишечника крови более всего соответствует тонкокишечной инвагинации:
а. кровь темно-вишневого цвета, сроки появления через 4-6 часов
б. кровь типа «малинового желе», сроки появления через 4-6 часов
в. кровь алого цвета, сроки появления через 20-30 минут
г. сгустки крови, сроки появления через 1-2 часа
д. черный, дегтеобразный вид кала, сроки – через 10-12 часов

92. Ребенок в возрасте 5 лет доставлен с/п с клиникой повторно развившейся инвагинации кишечника. При первом поступлении месяц назад проводилась консервативная дезинвагинация. Ваша тактика:

- а. консервативное расправление инвагината
- б. срочная операция
- в. плановая операция
- г. наблюдение
- д. ирригография

93. Предшественником кровотечения при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки наиболее часто является:

- а. усиление болей в эпигастральной области
- б. жидкий стул
- в. повышение температуры
- г. рвота
- д. снижение аппетита

94. Что не производится при спаечной кишечной непроходимости:

- а. резекция кишки
- б. рассечение спаек
- в. резекция желудка
- г. энтеростомия
- д. интестинопликация

95. К симптомам острой кишечной непроходимости не относится:

- а. схваткообразные боли в животе
- б. напряжение мышц брюшной стенки
- в. многократная застойная рвота
- г. интоксикация
- д. водно-электролитные нарушения

96. Какое исследование является решающим в диагностике «тазового» аппендицита:

- а. ирригография
- б. ректальное пальцевое исследование
- в. ректороманоскопия
- г. цистография
- д. рентгенография таза

97. К симптомам раздражения брюшины при остром аппендиците не относится:

- а. симптом Щеткина-Блюмберга
- б. симптом Ровзинга
- в. симптом Воскресенского
- г. симптом Бартомье-Михельсона
- д. симптом Данса

98. Как часто встречается острый аппендицит у детей до 3 лет:

- а. 10%
- б. 20%
- в. 80%
- г. 3%
- д. 50%

99. Какой метод не используется для обработки культи червеобразного отростка:

- а. инвагинационный
- б. отдельные швы
- в. лигатурный
- г. конец в конец
- д. кисетный

100. Симптом Филатова при остром аппендиците – это:

- а. симптом толчка в левой подвздошной области
- б. локальная болезненность в правой подвздошной области
- в. симптом «рубашки»
- г. вынужденное положение больного
- д. усиление болей в животе при поднимании н/конечности

101. У ребенка в возрасте 6 лет диагностирована тонкокишечная инвагинация. Ваша тактика:
- наблюдение
 - консервативное расправление инвагината
 - исследование кишечника с барием
 - операция в плановом порядке
 - операция в экстренном порядке
102. Какой метод хирургического лечения язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением, применяется у детей:
- иссечение язвы
 - резекция желудка по Бильрот – 1
 - резекция желудка по Бильрот – 2
 - гастроэнтероанастомоз
 - гастростомия
103. В схему противоспаечной терапии входят все компоненты, кроме:
- рассасывающая терапия биопрепаратами
 - ингибиторы протеолиза
 - парафиновые аппликации
 - электрофорез с 10% йодидом калия
 - ультразвук
104. Основными показаниями к ранней операции при остром панкреатите являются все, кроме:
- отечная форма
 - геморрагический панкреатит
 - панкреонекроз
 - абсцесс сумки малого сальника
 - ферментативный перитонит
105. Боли в животе, рвота, высокая температура, жидкий стул, интоксикация являются ранними симптомами при одном из представленных заболеваний:
- острой кишечной непроходимости
 - кишечной инвагинации
 - пельвиоперитоните
 - перекруте кисты яичника
 - поддиафрагмальном абсцессе
106. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен катарально измененный отросток. Ваша тактика:
- аппендэктомия
 - ревизия брюшной полости, аппендэктомия
 - переход на срединную лапаротомию
 - ушивание брюшной полости после введения антибиотиков
 - страховочный дренаж в брюшную полость и наблюдение
107. На вторые сутки после операции по поводу гангренозного аппендицита у ребенка резко ухудшилось состояние: рвота, бледность кожных покровов, снижение АД, тахикардия, падение гемоглобина. Ваша тактика:
- срочная срединная релапаротомия
 - срочная релапаротомия в правой подвздошной области
 - лапаротомия по мере дальнейшего ухудшения состояния
 - лапароцентез
 - консервативная терапия (холод на живот, хлорид кальция в вену, викасол в мышцу, смена антибиотика)
108. На шестые сутки после аппендэктомии резко ухудшилось состояние ребенка: боли в животе, многократная рвота, повышение температуры тела, напряжение и болезненность брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины, гиперлейкоцитоз. О каком осложнении следует думать:
- о ранней спаечной кишечной непроходимости
 - о внутрибрюшном кровотечении
 - о сепсисе
 - о дуглас-абсцессе
 - о послеоперационном перитоните вследствие несостоятельности культи отростка
109. Когда ребенку после аппендэктомии дают «протертый» стол:
- сразу после операции
 - через сутки
 - на 3 сутки
 - на 7 сутки
 - после выписки из стационара

110. У ребенка 6 месяцев диагностирована инвагинация кишечника. Давность заболевания 10 часов. Ваша тактика:
- а. операция в плановом порядке
 - б. консервативное расправление инвагината
 - в. срочная операция
 - г. поднаркозная пальпация живота
 - д. динамическое наблюдение
111. До какого срока возможно проведение консервативного расправления инвагинации кишечника от начала заболевания:
- а. до 28 часов
 - б. до 12 часов
 - в. до 48 часов
 - г. до 24 часов
 - д. до 36 часов
112. При инвагинации кишечника признаками кровотечения являются:
- а. рвота кофейной гущей
 - б. рвота прожилками крови
 - в. Мелена
 - г. стул в виде «малинового желе»
 - д. оформленный стул черного цвета
113. Кровотечения из Меккелева дивертикула чаще обусловлены:
- а. эрозивно-язвенным процессом за счет дистопии клеток поджелудочной железы и желудка в стенку дивертикула
 - б. воспалительным процессом в слизистой оболочке
 - в. перекрутом дивертикула
 - г. некрозом дивертикула
 - д. опухолью дивертикула
114. К характерным признакам при контрастном исследовании больного со спаечной кишечной непроходимостью относятся все, кроме:
- а. супрастенотическое расширение кишки
 - б. сужение просвета кишки
 - в. сближение кишечных петель
 - г. ограничение их смещаемости
 - д. нарушение эвакуации контрастного вещества
115. Что не относится к обтурационной кишечной непроходимости?
- а. узлообразование
 - б. закупорка опухолью
 - в. закупорка каловым камнем
 - г. закупорка инородным телом
 - д. закупорка клубком аскарид
116. Назовите основной симптом, отличающий пневмонию от перитонита:
- а. высокая температура
 - б. многократная рвота
 - в. одышка
 - г. симптомы интоксикации
 - д. отрицательные симптомы раздражения брюшины
117. Какое осложнение наименее вероятно при перитоните?
- а. спаечная кишечная непроходимость
 - б. абсцессы брюшной полости
 - в. пилефлебит
 - г. абсцесс легкого
 - д. эвентрация
118. Что изменяется в клинической картине острого аппендицита с наступлением деструкции отростка?
- а. усиливается рвота
 - б. усиливаются боли в животе
 - в. появляется частый жидкий стул
 - г. наступает «светлый» промежуток
 - д. ухудшается общее состояние
119. Что не относится к поздним послеоперационным осложнениям острого аппендицита?
- а. внутрибрюшное кровотечение
 - б. расхождение краев раны
 - в. инфильтрат брюшной полости

- г. кишечные свищи
- д. лигатурный свищ

120. Укажите причину напряжения мышц брюшной стенки при остром аппендиците:

- а. некроз мышц
- б. миозит
- в. лейкоцитарная инфильтрация
- г. потеря мышцами эластичности
- д. дегидратация мышц

121. Сроки выписки из стационара после неосложненной аппендэктомии у детей

- а. через 5 дней
- б. через 7-8 дней
- в. на 10 сутки
- г. на 3 сутки
- д. через 2 недели

122. Причинами кровотечений из толстой кишки у детей чаще всего являются:

- а. опухоли
- б. неспецифический язвенный колит
- в. синдром Пейтца-Егерса
- г. дизентерия
- д. дивертикул Меккеля

123. Какую методику рентгенологического исследования применяют при подозрении на острую кишечную непроходимость?

- а. ирригоскопия и ирригография
- б. контрастная гастрография
- в. пневмоирригография
- г. обзорный снимок брюшной полости в вертикальном положении и динамический контроль за продвижением перорально данного контраста
- д. фистулография

124. Что такое марсупиализация сумки малого сальника:

- а. новокаиновая блокада поджелудочной железы с ингибиторами и антибиотиками
- б. рассечение капсулы поджелудочной железы
- в. сшивание париетальной брюшины и брюшины сумки малого сальника и ее дренирование
- г. дренирование полости малого сальника
- д. все перечисленное

125. Выберите основной симптом, отличающий периаппендикулярный абсцесс от перекрута яичника:

- а. боли в животе
- б. напряжение брюшной стенки
- в. положительные симптомы раздражения брюшины
- г. гектические размахи температуры
- д. наличие «опухоли» в нижних отделах живота

126. Назовите наиболее достоверные и постоянные сочетания клинических признаков острого аппендицита:

- а. локальная болезненность и рвота
- б. жидкий стул и рвота
- в. напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность в правой подвздошной области
- г. рвота и повышение температуры тела
- д. симптом Щеткина-Блюмберга при мягкой брюшной стенке

127. Во время операции по поводу флегмонозного аппендицита обнаружен также измененный дивертикул Меккеля. Ваша тактика:

- а. удаление дивертикула, аппендикс не удаляется, дренируется брюшная полость
- б. аппендэктомия, дивертикул удалить через несколько дней в плановом порядке
- в. аппендэктомия и удаление дивертикула из косого разреза
- г. переход на срединную лапаротомию для удаления дивертикула
- д. дивертикул не удалять, оставить в брюшной полости страховочный дренаж

128. От какого фактора не зависит клиническая картина кишечной инвагинации:

- а. от возраста ребенка
- б. от срока заболевания
- в. от вида инвагинации
- г. от уровня внедрения
- д. от нарушения режима питания

129. Частые грозные осложнения при Синдроме Пейтца-Егерса :

- а. инвагинация кишечника
- б. задержка отхождение газа
- в. выпадение прямой кишки
- г. трещины слизистой прямой кишки
- д. прокто-сигмоидит

130. Что отличает острый панкреатит от аппендикулярного перитонита у детей старшего возраста:

- а. высокая температура
- б. многократная рвота
- в. опоясывающие боли с иррадиацией в спину
- г. напряжение брюшной стенки
- д. положительные симптомы раздражения брюшины

131. Поставить диагноз острого аппендицита у ребенка до 3 лет можно на основании всех перечисленных симптомов, кроме:

- а. активного напряжения мышц живота
- б. отгалкивание рук врача
- в. локальной болезненности в правой подвздошной области
- г. болезненности при бимануальной пальпации
- д. локальной пассивной мышечной защиты в правой подвздошной области

132. Во время операции аппендэктомии при катаральном аппендиците выявлен неизменный дивертикул Меккеля. Ваша тактика:

- а. аппендэктомия, дивертикул не удалять
- б. аппендэктомия и удаление дивертикула
- в. удаление дивертикула, аппендикс не удаляется
- г. глухой шов брюшной стенки; операция по поводу дивертикула в плановом порядке
- д. аппендэктомия и страховочный дренаж в брюшной полости

133. Какова первоочередная тактика хирурга во время операции по поводу острого аппендицита при несоответствии его клиники найденным морфологическим изменениям и выпоту в брюшной полости:

- а. ушивание брюшной полости виде «лапаростомии»
- б. дренирование брюшной полости
- в. ревизия подвздошной кишки на Меккелев дивертикул
- г. переход на срединную лапаротомию
- д. ревизия органов брюшной полости

134. К анатомическим особенностям червеобразного отростка и слепой кишки у детей до 1 года относятся все, кроме:

- а. отсутствие заслонки Герлаха
- б. цилиндрическая форма слепой кишки и аппендикса
- в. коническая форма кишки и аппендикса
- г. малое число фолликулов в стенке отростка
- д. тонкая стенка отростка

135. У ребенка в возрасте 7 месяцев инвагинация кишечника. Давность заболевания 30 часов. Ваша тактика:

- а. операция в плановом порядке
- б. срочная операция
- в. раздувание инвагината
- г. сифонная клизма
- д. пальпаторное поднаркозное расправление инвагината

136. Показаниями к консервативному расправлению инвагината являются все, кроме:

- а. простой подвздошно-ободочной инвагинации
- б. слепо-ободочной инвагинации
- в. толстокишечной инвагинации
- г. давности заболевания более 24 часов
- д. давности заболевания не более 12 часов

137. Кровоточащий Меккелев дивертикул наиболее часто проявляется в возрасте:

- а. до года

- б. от 1 года до 3-х лет
- в. в 6-7 лет
- г. в 7-14 лет
- д. старше 14 лет

138. Укажите кровотечение из ЖКТ у детей, обусловленные коагулопатиями из-за недостаточности плазменных факторов свертывания:

- а. гемофилия
- б. болезнь Верльгофа
- в. болезнь Шенляйн-Геноха
- г. тромбоцитопения
- д. тромбоцитоз

139. Назовите допустимые сроки консервативной терапии при поздней форме спаечной кишечной непроходимости:

- а. до 1-3 часов
- б. 3-6 часов
- в. 12 часов
- г. 24 часа
- д. 48 часов

140. Определите оптимальную последовательность введения жидкостей при проведении инфузионной терапии для лечения перитонита у детей:

- а. кровь, плазма, глюкоза
- б. кровь, гемодез, глюкоза
- в. плазма, кровь, полиглюкин
- г. реополиглюкин, плазма, глюкозо-солевые растворы
- д. глюкоза, гемодез, солевые растворы

141. Как исключить острый аппендицит у ребенка с абдоминальным синдромом при геморрагическом васкулите:

- а. методом УЗИ брюшной полости
- б. лапароскопией
- в. поднаркозной пальпацией живота
- г. исследованием коагулограммы
- д. пробным лечением васкулита гормонами

142. Выберите описание симптома Воскресенского при остром аппендиците:

- а. усиление болей в животе в положении ребенка на левом боку
- б. усиление болей в правой подвздошной области при толчке в левой подвздошной области
- в. усиление болей в правой подвздошной области при сгибании правой нижней конечности в тазобедренном суставе
- г. усиление болей в правой подвздошной области при проведении резких касательных движений рукой хирурга через рубашку
- д. болезненная пальпация в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

143. Что не относится к особенностям клиники острого аппендицита у детей младшей возрастной группы:

- а. активное напряжение брюшной стенки
- б. преобладание общих симптомов над местными
- в. невозможность выявления симптомов раздражения брюшины
- г. волнообразное течение
- д. преобладание местной симптоматики над общими проявлениями

144. Выберите описание, соответствующее патанатомической картине флегмонозного аппендицита:

- а. аппендикс грязно-серого цвета с перфорацией на верхушке
- б. аппендикс утолщен в размерах, напряжен, темно-багрового цвета, покрыт фибрином
- в. отросток отечен, гиперемирован, в кровоизлияниях, выражен сосудистый рисунок
- г. отросток утолщен, напряжен, инфильтрирован, местами имеет черно-зеленый цвет
- д. гиперемия и умеренный отек отростка

145. Какой симптом не характерен для абсцедирования аппендикулярного инфильтрата:

- а. усиление болей в животе
- б. гектические размахи температуры
- в. кашель
- г. мышечное напряжение
- д. положительные симптомы раздражения брюшины

147. Какое лечение продолжают в амбулаторных условиях детям, перенесшим аппендэктомию по поводу осложненного аппендицита:

- а. антибактериальную терапию

- б. обезболивание
- в. противовоспалительное лечение
- г. никакого
- д. все перечисленное

148. Выберите правильную тактику ведения ребенка после консервативного расправления кишечной инвагинации:

- а. можно выписать домой
- б. перевести в соматический стационар
- в. оставить в хирургическом отделении на 4-5 суток
- г. наблюдение за состоянием в течении 1-2 суток, осмотр стула
- д. после контрольной ирригографии выписка под наблюдение педиатра

149. У ребенка 9 лет в течение 2-х месяцев отмечаются периодические схваткообразные боли в животе. Мальчик сам прощупал у себя в правой подвздошной области опухолевидное образование. Предположительный диагноз: хроническая инвагинация. Какую тактику нужно выбрать:

- а. срочная операция
- б. наблюдение в стационаре
- в. амбулаторное наблюдение
- г. дообследование и операция в плановом порядке
- д. операция в плановом порядке без обследования

150. Какой из перечисленных симптомов относится при инвагинации кишечника?

- а. Симптом «рубашки»
- б. Симптом Данса
- в. Симптом «отталкивания руки»
- г. Локальная болезненность
- д. Симптом «песочных часов»

151. К симптомам интоксикации при перитоните не относится:

- а. слабость
- б. вялость
- в. нарушение самочувствия
- г. высокая температура
- д. напряжение брюшной стенки

152. На вторые сутки после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита у ребенка резко ухудшилось состояние: нарастают боли в животе, отмечается многократная рвота, бледность кожных покровов, снижение АД, тахикардия, падение гемоглобина. О каком осложнении можно думать:

- а. об индивидуальной реакции больного на наркоз и операцию
- б. о несостоятельности кисетного шва
- в. о ранней спаечной непроходимости
- г. о внутрибрюшном кровотечении
- д. о формировании дуглас-абсцесса

153. Для лабораторных данных, отличающих инфекционный гепатит от острого аппендицита, не характерно:

- а. билирубинемия с преобладанием прямой фракции
- б. гиперлейкоцитоз
- в. лейкопения
- г. отсутствие стеркобилина в кале
- д. повышение уробилина в моче

154. Выберите описание, соответствующее патанатомической картине гангренозного аппендицита:

- а. аппендикс грязно-серого цвета с перфорацией на верхушке
- б. аппендикс утолщен в размерах, напряжен, темно-багрового цвета, покрыт фибрином
- в. отросток отечен, гиперемирован, в кровоизлияниях, выражен сосудистый рисунок
- г. отросток утолщен, напряжен, инфильтрирован, местами имеет черно-зеленый цвет
- д. тросток отечен и гиперемирован

155. У ребенка в возрасте 6 месяцев внезапно появились приступообразные боли в животе, рвота, отмечена задержка стула. При ректальном исследовании обнаружена темная кровь. Каков Ваш предположительный диагноз?

- а. язва двенадцатиперстной кишки
- б. дивертикул Меккеля
- в. полип прямой кишки
- г. анальная трещина
- д. инвагинация кишечника

156. Укажите методы консервативного расправления инвагината:

- а. введение спазмолитических средств

- б. воздушная «клизма»
- в. сифонная клизма
- г. тепло на живот
- д. бимануальная пальпация под наркозом

157. Локализация кровотечения при синдроме Меллори-Вейса:

- а. антральный отдел желудка
- б. кардиальный отдел желудка
- в. большая кривизна желудка
- г. ДПК
- д. тощая кишка

158. При неспецифическом язвенном колите характерно все, кроме:

- а. выделение жидкого кала с примесью крови
- б. болевой синдром по ходу толстой кишки
- в. кровотечение носит хронический характер
- г. кровотечение носит острый характер
- д. заболевание протекает с явлениями общей интоксикации

159. Какой симптом из представленных ниже не характерен для «тазового» перитонита?

- а. боли внизу живота
- б. жидкий стул
- в. разница подмышечной и прямокишечной температуры более чем на 1°
- г. иррадиация болей в поясничную область
- д. дизурические расстройства

160. В течение 2 недель ребенку 13 лет проведено успешное консервативное лечение «холодного» аппендикулярного инфильтрата. Ваша дальнейшая тактика?

- а. выписать домой на 2 недели
- б. оперировать через 2 месяца в плановом порядке
- в. оперировать сразу, не выписывая больного
- г. не оперировать совсем
- д. оперировать при появлении болей в животе

161. Как по автору называется симптом «рубашки» при остром аппендиците?

- а. Образцова
- б. Кохера
- в. Филатова
- г. Раздольского
- д. Воскресенского

162. Как отличить выпадение инвагината от выпадения прямой кишки?

- а. по виду слизистой оболочки
- б. по виду серозного покрова
- в. по цвету
- г. можно ввести зонд между выпавшей кишкой и прямой кишкой
- д. нельзя ввести зонд между выпавшей кишкой и прямой кишкой

163. Какова наиболее вероятная последовательность развития клинических проявлений при перитоните у детей?

- а. повышение температуры, боли в животе, рвота
- б. жидкий стул, рвота, повышение температуры
- в. жидкий стул, рвота, боли в животе
- г. боли в животе, рвота, повышение температуры
- д. рвота, жидкий стул, повышение температуры

5.4. Перечень видов оценочных средств

Фронтальный опрос
Тесты
Ситуационная задача
Доклад с презентацией

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
--	---------------------	----------	-------------------

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Исаков Ю.Ф.	Детская хирургия: национальное руководство: Учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2009
Л1.2	Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш.	Избранные вопросы детской хирургии: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л1.3	Подкаменев В.В.	Неотложная абдоминальная хирургия детского возраста: учебное пособие	М.: -ГЭОТАР-Медиа 2018
Л1.4	Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского., А. Ф. Дронов.	Детская хирургия : Учебник	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015 г.
Л1.5	С.С. Дыдыкина, Д.А.Морозова.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста. : Учебное пособие	М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018 г.
Л1.6	Ю. Ф. Исакова., А. Ю. Разумовского., А. Ф. Дронов.	Детская хирургия : Учебник	М. : ГЭОТАР-Медиа. 2015 г.
Л1.7	С.С. Дыдыкина,Д.А.Морозова.	Топографическая анатомия и оперативная хирургия детского возраста: учебное пособие	М.: ГЕОТАР-Медиа 2018
Л1.8	А. А. Дроздов, М. В. М. В.Дроздова	Детская хирургии: учебное пособие	Саратов: Научная книга 2012
Л1.9	ИсаковЮ.Ф.	Хирургические болезни детского возраста : учебное	Москва. Электронный 2009

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Баиров Г.А.	Неотложная хирургия детей: руководство для врачей	Ленинград: Медицина 1983
Л2.2	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 3: руководство	С.Пб.; Хардфорд 1999
Л2.3	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 2: руководство для врачей	С.Пб.; Хардфорд 1997
Л2.4	Ашкрафт К.Ч., Холдер Т.М.	Детская хирургия. Том 1: руководство для врачей	С.Пб.; Хардфорд 1996
Л2.5	П.В. Глыбочко., В.Г. Полякова., Д.А. Морозова.	Основы детской хирургии: Учебное пособие	изд. Практическая медицина. 2009 г.
Л2.6	П.Пури., М.Гольварг.	Атлас детской оперативной хирургии: Учебное пособие в электронном варианте.	М,-«МЕДпресс-информ 2009 г.
Л2.7	Разин М.П., Минаев Стрелков Н.С. С.В., Скобелев В.А..	Неотложная хирургия детского возраста: учебное пособие	М.: -ГЭОТАР-Медиа 2015
Л2.8	А. В. Гераськина, А.Н. Смирнова	Хирургия живота и промежности у детей.: атлас	М. : ГЭОТАР-Медиа 2012

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мыкыев К.М.	Острый аппендицит у детей: методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015
Л3.2	Мыкыев К.М., Шакирова У.Ш.	Инвагинация кишечника: методические рекомендации для студентов педиатрического и лечебного факультетов	Бишкек: Изд-во КРСУ 2015

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	В ходе изучения дисциплины используются активные методы обучения, направленные на первичное овладение знаниями:
6.3.1.2	1) информационно-развивающие, такие как
6.3.1.3	- демонстрация лекционного материала с использованием дисплейного отражения информации – (видеометод);
6.3.1.4	- лекция - визуализация с использованием мультимедийных средств обучения;
6.3.1.5	- лекция - беседа;
6.3.1.6	- лекция с разбором конкретных ситуаций;
6.3.1.7	2)проблемно-поисковый (организация коллективной мыслительной деятельности в работе малыми группами на лабораторных занятиях – групповой
6.3.1.8	метод);

6.3.1.9	3)индивидуальный метод активного обучения (работа с тетрадью, зарисовка,конспектирование материала).
6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения	
6.3.2.1	1.Children’sHospital of Birmingham (Chest X-ray Page) – http://www.opendoor.com/ChestxRay/Gurney.html .
6.3.2.2	2.HarvardUniversity – http://count51.med.harvard.edu/ .
6.3.2.3	3.ColumbiaUniversity – http://cpmcnet.columbia.edu/ .
6.3.2.4	4.University of California, San Francisco – http://www.ucsf.edu/ .
6.3.2.5	5.University of Cambridge – http://fester.his.path.cam.ac.uk/rad/radiol.html .
6.3.2.6	6.University of Chicago – http://www-radiology.uchicago.edu/ .
6.3.2.7	7.University of Florida – http://www.med.ufl.edu/ .
6.3.2.8	8.University of Graz – http://www.kfunigraz.ac.at/ .
6.3.2.9	9.University of Illinois – http://bmrl.med.uiuc.edu:8080/ .
6.3.2.10	10.University of Iowa (The Virtual Hospital, Multimedia Textbooks) – http://vh.radiology.uiowa.edu/ .
6.3.2.11	11.University of Kentucky (College of Medicine) – http://www.comed.uky.edu/Medicine/welcome.html .
6.3.2.12	12.University of Maryland Medicine (DICOM Teaching Library) – http://anchorage.ab.umd.edu/ .
6.3.2.13	13.University of Massachusetts - http://wachusett.ummed.edu/ .
6.3.2.14	14. www.consilium-medicum.com
6.3.2.15	15. www.bibliomed.ru
6.3.2.16	16. www.evbmed.fbm.msu.ru (Московский центр доказательной медицины)
6.3.2.17	17. www.laparoscopy.ru
6.3.2.18	18. www.mediashera.ru (ЕСДМ и доказательная медицина)(дата обращения: 8.05.2015).
6.3.2.19	19. www.medlincks.ru
6.3.2.20	20. www.med-pravo.ru
6.3.2.21	21. www.minzdrav-rf.ru
6.3.2.22	Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем
6.3.2.23	1. Консультирование аспирантов посредством электронной почты.
6.3.2.24	2. Использование слайд-презентаций при проведении лекционных занятий.
6.3.2.25	3. Подготовка аспирантами электронных презентаций в соответствии с избранной тематикой реферата.

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Дисциплина преподается на базе:
7.2	Городской клинической детской больницы скорой медицинской помощи (ГДКБ СМП). Располагает 9 специализированными хирургическими профильными
7.3	отделениями : неотложной хирургии, неотложной гнойной хирургии, урология с нефрологией, травматология, нейротравматология, проктология, торакальное отделение, хирургия новорожденных, хирургия дневного и краткосрочного пребывания, а также отделении общей реанимации, анестезиологии и токсикологии, отделения реанимации для новорожденных, травматологический пункт.
7.4	Имеется 3 стандартно оборудованных аудиторий, лекционный зал с 120 посадочными местами, общей площадью 200 кв.м. (блок
7.5	парты, кушетки, учебные доски).
7.6	Кафедра оснащена мультимедийным комплексом (ноутбук, персональный компьютер, проектор).

7.7	У студентов имеется доступ к информационным стендам (2 шт.), плакатам, электронной библиотеке (30 учебников), учебным
7.8	фильмам (20 шт.), на базе клиники кабинеты (ЭКГ, УЗИ).

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

От аспирантов требуется посещение занятий, выполнение заданий научного руководителя дисциплины, знакомство с рекомендованной литературой и др. При аттестации аспиранта оценивается качество работы на занятиях, уровень подготовки к самостоятельной деятельности в избранной области, качество выполнения заданий научного руководителя дисциплины, способность к самостоятельному изучению учебного материала.

На практических занятиях и лекциях в аудиториях проводится разбор соответствующих тем, клинических ситуаций с использованием мультимедийной техники (компьютер, проектор).

Самостоятельная работа во внеаудиторные часы может проходить как в аудиториях кафедры и компьютерном классе, где аспиранты могут изучать материал по презентациям, компьютерным тестам.

Учебные пособия в электронном виде по ряду изучаемых тем размещены на компьютере кафедры, а также на локальном ресурсе электронно-библиотечной системы КРСУ.

Внеаудиторная самостоятельная работа включает в себя изучение материала по учебникам, учебным пособиям, подготовка реферативного сообщения по избранной теме, подготовка к контрольной работе, курация и прием пациентов, проведение диагностических процедур.

Для контроля текущей успеваемости аспирантов и промежуточной аттестации используется рейтинговая система оценки знаний.

Система текущего контроля включает:

- контроль посещения и работы на семинарских/практических занятиях;
- контроль выполнения аспирантами заданий для самостоятельной работы;
- контроль знаний, умений, навыков усвоенных в данном курсе в форме тестирования, решения ситуационных задач, подготовки отчетов по итогам изучения разделов.

Работа на семинарских занятиях оценивается научным руководителем (по пятибалльной шкале) по итогам подготовки и выполнения аспирантами практических заданий. Пропуск семинарских занятий предполагает отработку по пропущенным темам. Форма отработки определяется научным руководителем, ведущим семинар (написание реферата по теме пропущенного практического занятия, письменный отчет о выполнении практического задания, конспект статьи, проведение промежуточного тестирования знаний или пр.)

Форма контроля - зачёт.