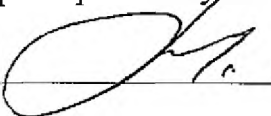


Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Шуматов Валентин Борисович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 21.06.2024 17:10:21  
Уникальный программный идентификатор:  
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fcc387a2985d2657b784eec019bf8a794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО  
на заседании института хирургии  
от « 12 » апреля 2023 г.,  
протокол № 9.  
Директор института хирургии

 / Костяев Е.П./

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**Дисциплины (Модуля) Б1.О.02 Детская хирургия**  
Индекс, наименование  
**основной образовательной программы высшего образования**  
**подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры**  
**по специальности**

**Направление подготовки**  
**(специальность)**  
**Уровень подготовки**

**31.08.19 Педиатрия**  
(код, наименование)  
**Ординатура**

**Направленность подготовки**

(специалитет/магистратура)  
**02 Здравоохранение**  
**(в сфере педиатрии)**

**Форма обучения**

**Очная**  
(очная)

**Срок освоения ООП**

**2 года**  
(нормативный срок обучения)

**Институт/кафедра**

**Институт хирургии**

## 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

**1.1. Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля и промежуточной аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

**1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению подготовки 31.08.19 Педиатрия, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности педиатрии общепрофессиональных и профессиональных компетенций.**

[https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.19\\_Pediatrica\(3\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.19_Pediatrica(3).pdf)

## 2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
2	Промежуточная аттестация	Тесты

### 3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тестовые задания.

- 1. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:**
  - острого панкреатита
  - острого мезаденита
  - острого гастроэнтерита
  - \*гломерулонефрита
  - правосторонней почечной коликой
- 2. Для симптома Ситковского при остром аппендиците характерно:**
  - появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного
  - \*усиление болей при расположении на левом боку
  - усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области
  - усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки
- 3. Допустимая продолжительность наблюдения за ребенком (критерий оценки качества оказания хирургической помощи) поступившим в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит, при отсутствии возможности сделать лапароскопию, ограничена:**
  - 3 часами
  - 6 часами
  - \*12 часами
  - 18 часами

- 24 часами
- 4. Наиболее достоверными признаками острого аппендицита у детей являются:**
    - локальная боль и рвота
    - напряжение мышц брюшной стенки и рвота
    - \*локальная болезненность, напряжение мышц брюшной стенки и симптом Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области
    - симптом Щеткина–Блюмберга и рвота
  - 5. Что является патогномичным лабораторным признаком при остром панкреатите?**
    - повышение билирубина и трансаминаз
    - повышение лейкоцитоза и СОЭ
    - \*повышение амилазы и диастазы
    - повышение щелочной фосфатазы.
  - 6. У больного ребенка с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет:**
    - консервативное лечение
    - \*диагностическая лапароскопия
    - лапаротомия в правой подвздошной области
    - срединная лапаротомия
  - 7. Омфалит, катетеризация пупочной вены у новорожденных являются факторами риска развития:**
    - надпеченочной формы портальной гипертензии
    - стеноза нижней полой вены
    - \*внепеченочной формы портальной гипертензии
    - внутрипеченочной формы портальной гипертензии
  - 8. О развитии септического шока у больного свидетельствует:**
    - \*артериальная гипотония, требующая введения вазопрессоров, повышение уровня лактата более 2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузию;
    - наличие метаболических нарушений;
    - длительная гипертермия;
    - наличие метастатических очагов инфекции
  - 9. Рекомендуется считать, что наиболее достоверным ( $P < 0,5$ ) тестом ранней биохимической диагностики сепсиса у ребенка больного острым гематогенным остеомиелитом является исследование показателя:**
    - СРБ
    - трансаминаз
    - альбумина
    - \*прокальцитонина
  - 10. Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является:**
    - субфебрильная температура
    - вялое сосание
    - \*клиника «псевдопареза»
    - увеличение объема конечности
  - 11. Показанием для направления ребенка, перенёсшего острый гематогенный остеомиелит, на санаторно–курортное лечение является:**
    - остеомиелит в стадии обострения
    - хронический остеомиелит, свищевая форма
    - \*не ранее 6 мес. после окончания острой стадии при отсутствии свищей и показаний к операции
    - не ранее 1 года после окончания острой стадии при отсутствии свищей и показаний к операции
  - 12. Ведущими симптомами полной кишечной непроходимости являются:**
    - рвота съеденной пищей, вздутие живота, отсутствие стула

- вздутие живота, выделение крови из прямой кишки, рвота  
асимметрия живота, выделение крови из прямой кишки, рвота  
\*отсутствие стула и газов, рвота с патологическими примесями
- 13. Критериями эффективности терапии больного с кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом в фазу экстренной коррекции, является:**  
нормализация температуры, пульса, дыхания  
снижение лейкоцитоза, повышение гемоглобина, уменьшение боли в животе  
прекращение рвоты, самостоятельный стул, лейкоцитоз 15-20 тыс.  
\*восстановление диуреза, нормализация ЦВД, температура ниже 38°C, уменьшение мраморности кожных покровов
- 14. Наиболее частой провоцирующей причиной илеоцекальной инвагинации у детей грудного возраста является:**  
возрастная дискоординация перистальтики  
\*изменение или нарушение режима питания и введения прикормов  
органическая причина (дивертикул, полип, опухоль, кровоизлияние)  
респираторно-вирусная инфекция
- 15. У ребенка начальный период инвагинации кишечника. Наиболее рациональным методом лечения его является:**  
\*расправление инвагината воздухом под рентгеновским контролем  
пальпаторное расправление инвагината под наркозом  
расправление инвагината воздухом под контролем лапароскопа  
оперативное лечение
- 16. Какое заболевание протекает с характерной клиникой низкой врожденной кишечной непроходимости?**  
врожденный пилоростеноз  
атрезия 12-перстной кишки  
\*острая форма болезни Гиршпрунга  
синдром Дебре-Фибигера
- 17. Для диагностики острой кишечной непроходимости из дополнительных методов обследования в первую очередь используют:**  
лабораторные исследования  
УЗИ  
\*обзорную рентгенографию брюшной полости  
компьютерную томографию
- 18. Для врожденного пилоростеноза при исследовании газов крови характерно:**  
выраженный метаболический ацидоз  
умеренный метаболический ацидоз  
КЩС норма  
\*умеренный метаболический алкалоз
- 19. С целью исключения врожденного пилоростеноза при клинической картине срыгиваний и рвоты у новорождённых в качестве первостепенного инструментального обследования рекомендовано проведение:**  
обзорной рентгенографии органов брюшной полости  
\*ультразвукового исследования пилорического отдела желудка  
ФГДЭС  
рентгеноконтрастное исследование желудка
- 20. Лечебная физкультура – обязательный компонент программы реабилитации детей, перенесших:**  
\*острую гнойную деструктивную пневмонию  
грыжесечение паховой грыжи  
грыжесечение пупочной грыжи  
консервативную дезинвагинацию
- 21. При ущемленной паховой грыже у девочки с давностью ущемления до 6 часов показано:**

- теплая ванна  
приподнять ножной конец  
\*экстренная операция  
спазмолитики для облегчения вправления грыж
- 22. При дифференциальной диагностике между ущемленной паховой грыжей и остро возникшей кистой семенного канатика показано все, кроме:**  
диафаноскопия  
обзорный снимок брюшной полости.  
УЗИ  
\*диагностическая пункция
- 23. Реабилитация детей школьного возраста после грыжесечения ущемленной паховой грыжи, согласно клиническим рекомендациям, заключается в:**  
освобождении от физической нагрузки на 1 месяц;  
\*освобождении от занятий (домашний режим) на 7-10 дней, освобождение от физической нагрузки на 2 месяца;  
освобождении от занятий (домашний режим) на 10 – 14 дней и от физической нагрузки на 1 месяц;  
свободный режим
- 24. Показанием к срочной операции при грыже белой линии служит:**  
установление диагноза  
\*болевым симптомом  
сопутствующие диспепсические явления  
отставание в физическом развитии
- 25. Лечение не напряженной водянки оболочек яичка у больного 1 года предусматривает:**  
оперативное лечение в плановом порядке  
наблюдение до 3-4 лет  
\*наблюдение до 2 лет  
пункцию под контролем УЗИ  
экстренную операцию
- 26. Водянка оболочек яичка у новорожденных и детей до года в 80 % случаев связана:**  
\*со сниженной абсорбционной способностью стенки вагинального отростка и несовершенством лимфатического аппарата паховой области;  
с травмой мошонки  
с незаращением вагинального отростка  
с несовершенством иммунной системы
- 27. Заболевания, которые не имеют тенденцию к самоизлечению, все, кроме:**  
\*инфальтильные гемангиомы  
венозные дисплазии  
кистозные лимфангиомы  
«винные» пятна  
артериовенозные мальформации
- 28. Современное лечение гемангиом лица у детей:**  
\*применение бета-блокаторов (пропранолол)  
химиотерапия  
склерозирующая терапия  
гормонотерапия
- 29. Введение фибринолитических препаратов у детей в лечении ОГДП показано при:**  
экссудативном плеврите  
пиотораксе  
\*эмпиеме плевры в стадии гнойно-фибринозного экссудата  
пневмотораксе
- 30. При каком пороке развития приступ асфиксии купируется выведением и фиксацией языка:**

атрезия пищевода  
колобома  
\*синдром Пьера - Робена  
ранула

**31. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:**

пункция абсцесса  
\*бронхоскопическая санация  
дренирование плевральной полости  
катетеризация бронха

**32. При подозрении на инородное тело дыхательных путей исключить его можно только:**

при отсутствии физикальных изменений со стороны органов дыхания  
при отсутствии изменений на рентгенограмме органов грудной клетки  
при наблюдении ребенка в динамике  
\*при проведении бронхоскопии

**33. Гидронефроз, обусловленный нарушением проходимости на уровне пиелoureтрального сегмента (врожденный) от гидронефроза вследствие пузырно-мочеточникового рефлюкса, поможет отличить выполнение:**

экскреторной урографии  
УЗИ  
цистоскопии  
нефросцинтиграфии  
\*микционной цистографии

**34. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма:**

период новорожденности  
\*6 месяцев - 1 год  
2 года  
2-3 года  
6-9 лет

**35. В синдром отечной мошонки входят следующие симптомы:**

отек, гиперемия, болезненность в области мошонки  
гиперемия, болезненность мошонки, увеличение паховых лимфоузлов  
\*отек, болезненность, значительное накопление жидкости в полости мошонки  
отек, гиперемия мошонки, увеличение яичка в размерах  
значительное накопление жидкости в полости мошонки  
увеличение в размерах яичка, болезненность при пальпации яичка

Критерии оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов

**4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации.**

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта.

Оценочное средство 1

Тестовые задания.

**1. Ребенок 12 лет в течение 24 часов жалуется на боли в животе постоянного характера. Трижды была рвота съеденной пищей, температура 37,8, пульс 110**

ударов в минуту. Локализует боль в правой подвздошной области. При осмотре живота имеется напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Ровзинга, Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Воскресенского, Раздольского. При УЗИ выявлено небольшое количество жидкости в подвздошной области, утолщение стенки ч/о отростка. Диагноз:

острый мезаденит

разлитой перитонит

\*острый деструктивный аппендицит

кишечная инвагинация

болезнь Крона

2. На пятые 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

3. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрением на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка, объективно оценить изменения со стороны передней брюшной стенки, необходимо:

ввести промедол

ввести седуксен

ввести спазмолитики

осмотреть ребенка под наркозом

\*осмотреть ребенка в состоянии естественного сна

4. У ребенка 14 лет, резкие боли в области кисти, выраженный отек тыла кисти. Гиперемия кожи в зоне поражения. Резкая болезненность при пальпации. Гипертермия. Диагноз:

\*флегмона кисти

кожный панариций

подкожный панариций

костный панариций

сухожильный панариций

5. У ребенка 7 лет, в области голени участок воспаления ярко-красного цвета с резко очерченными границами фестончатой формы. Кожа отечна и болезненна по периферии. Тенденция к распространению. Наиболее вероятен диагноз:

фурункул

карбункул

флегмона

\*рожистое воспаление

абсцесс подкожной клетчатки

6. Ребенок поступил в стационар по поводу острого гематогенного остеомиелита в тяжелом состоянии. Несмотря на интенсивные мероприятия больной погиб через сутки. Указанный вариант течения можно отнести к:

обрывному

затяжному

\*молниеносному

хроническому

септикопиемическому

7. Обращение за медицинской помощью к участковому педиатру.

Мальчик 21 день. Анамнез заболевания. На 3 сутки жизни после рождения ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. В этот же день ребенок стал обильно срыгивать после каждого кормления, последние три дня рвота «фонтаном» створоженным молоком без примеси желчи и крови до 4-5 раз в сутки. Масса тела при рождении – 3100 г.

Осмотр. Масса тела 2900. Ребенок беспокойный, глаза запавшие, кожные покровы, губы и слизистые полости рта сухие, родничок умеренно западает. Тургор ткани снижен. Температура – 37,5<sup>0</sup>С, пульс – 152 в минуту, ЧД – 46 в мин. Живот ладьевидной формы – вздувает в эпигастральной области, здесь же визуализируется перистальтика по типу «песочных часов», определяется «шум плеска». При пальпации мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Жидкости в отлогах местх живота нет. Стул все дни скудный, последние два дня отсутствовал. Диурез снижен. Ваш предварительный диагноз:

халазия пищевода

\*врожденный пилоростеноз

пилороспазм

стеноз 12-перстной кишки

псевдопилоростеноз

8. У ребенка 6-и месяцев ночью внезапно появилось беспокойство, обусловленное приступообразными болями в животе. Из анамнеза известно, что после употребления в 14 часов овощного пюре в качестве первого прикорма ребенок был активен, аппетит сохранен. Уснул спокойно. Приступы носили схваткообразный характер, а к моменту осмотра бригадой СМП (через 13 часов от начала болезни) боли уменьшились, ребенок стал менее беспокойным, но более вялым.

**Предварительный диагноз:**

острый аппендицит

\*острая кишечная инвагинация

пищевая токсикоинфекция

кишечная инфекция

обтурационная кишечная непроходимость

9. У ребенка 5 лет на фоне полного здоровья 12 часов назад возникли боли в животе приступообразного характера. Была трижды рвота, в начале заболевания – желудочным содержимым, затем повторилась дважды с примесью желчи и зелени. Стула не было, газы не отходят. Из анамнеза известно, что в периоде новорожденности ребенок был оперирован по поводу врожденной кишечной непроходимости (мембрана 12 перстной кишки). Наиболее вероятный диагноз:

острый аппендицит

\*спаечная кишечная непроходимость

паретическая кишечная непроходимость

спастическая кишечная непроходимость

обтурационная кишечная непроходимость

10. У ребенка с клиникой перитонита выполнена обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости (фото). Ваше заключение:



патологии нет



поддиафрагмальный абсцесс  
паретическая непроходимость  
\*перфорация полого органа  
объемное образование печени

**11. Мальчик 4 месяцев жизни. В течение 5 дней находится в детском отделении ЦРБ по поводу двусторонней пневмонии. 1 час назад у него появилось резкое беспокойство, однократная рвота, болезненное опухолевидное образование в правой паховой области, размерами 3х3 см, не исчезающее при поглаживании и надавливании. Предварительный диагноз:**

паховый лимфаденит  
невправимая паховая грыжа  
\*ущемленная паховая грыжа  
пахово-мошоночная грыжа  
киста семенного канатика

**12. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0.5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать:**

экстренное оперативное вмешательство  
операцию в плановом порядке по достижении 2 лет  
наблюдение в динамике  
\*массаж живота, гимнастика, профилактику запоров  
массаж живота, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца  
лейкопластырем

**13. У ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:**

пункцию кисты  
\*дренирование кисты  
радикальную операцию  
выжидательную тактику

**14. Что нужно делать во всех случаях попадания инородного тела в верхние дыхательные пути (даже после удачного извлечения этого тела)?**

\*Вызвать скорую помощь или доставить в больницу  
Дать обильное количество воды и успокоить  
Уложить пострадавшего и дать покой  
Рекомендовать обратиться к педиатру в поликлинику по месту жительства

**15. Ребенок 2 лет во время игры внезапно закашлялся, стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребенок после этого стал жаловаться на боль в горле, в области шеи и груди (показывает рукой), отказывается от еды, при попытке напоить ребенка – была рвота выпитой жидкостью. Осмотр ребенка врачом педиатром через час от начала заболевания: температура тела 36,8°C, отмечена гиперемия задней стенки глотки, увеличение, отечность, гиперемия небной миндалины, осиплость голоса, незначительное слюнотечение, аускультация и перкуссия легких – без особенностей, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.**

**15.1. Предварительный диагноз:**

инородное тело гортани  
\*инородное тело пищевода  
инородное тело трахеи  
инородное тело ротоглотки  
инородное тело желудка

**15.2. Ваша тактика:**

наблюдению в поликлинике у хирурга  
наблюдению в поликлинике у педиатра

госпитализации в детское хирургическое отделение при подтверждении наличия инородного тела после обследования на амбулаторном этапе  
немедленной госпитализации в педиатрическое отделение

\*немедленной госпитализации в детское хирургическое отделение

16. У новорожденного первых суток прогрессивно развивается синдромом дыхательных расстройств. При осмотре обращает внимание асимметрия грудной клетки за счет увеличения левой половины и запавший живот. Выполнена вертикальная обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом брюшной полости в прямой проекции (фото). Ваш диагноз:



поликистоз левого легкого  
левосторонняя лобарная эмфизема  
\*ложная диафрагмальная грыжа слева  
декстрокардия  
левосторонняя деструктивная пневмония

17. У ребенка с острой деструктивной пневмонией на рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:

пиопневмоторакс  
ателектаз  
буллезная форма легочной деструкции  
\*напряженный пиоторакс  
пиоторакс

18. Вы осмотрели ребенка пяти месяцев. Локальный статус представлен на фото. Предварительный диагноз:



пиогенная гранулома  
\*поверхностная (капиллярная) инфантильная гемангиома  
глубокая (кавернозная) инфантильная гемангиома  
капиллярная мальформация по типу винного пятна  
лимфотическая мальформация

19. У пациента 2-х лет обострение хронического остеомиелита большеберцовой кости. При бактериологическом исследовании раневого отделяемого высеян метициллинрезистентный золотистый стафилококк. Следует назначить:

цефазолин  
фортум

\*ванкомицин  
ампициллин / сульбактам

**20. У мальчика в возрасте 1 года диагностирован крипторхизм в форме паховой ретенции. В анамнезе – в течение суток боль в области задержанного яичка, беспокойство ребенка. Ему следует рекомендовать:**

динамическое наблюдение

гормональную терапию

\*экстренное оперативное вмешательство

оперативное вмешательство с предварительной гормональной терапией

динамическое наблюдение в течение 2 лет

**Критерии оценивания:**

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты и на тестовые задания промежуточной аттестации имеет 71% и более правильных ответов.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если у него выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины и на тестовые задания промежуточной аттестации имеет менее 71% правильных ответов.