

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Багрий Андрей Эдуардович

Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения

Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58

Уникальный программный ключ:

2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ
(2025 год приема)**

Донецк 2025

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования, составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания. Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах. Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Заболевания органов брюшной полости воспалительного происхождения у детей.
2.	Заболевания органов брюшной полости невоспалительного происхождения у детей.
3.	Врожденная кишечная непроходимость.
4.	Приобретенная кишечная непроходимость у детей.
5.	Гнойно-воспалительные заболевания легких и плевры у детей.
6.	Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и костей у детей.
7.	Доброкачественные опухоли мягких тканей и костей у детей.
8.	Злокачественные опухоли у детей.
9.	Врожденная и приобретенная патология мочевых путей у детей.
10.	Заболевания мочеполовой системы у детей.
11.	Острые заболевания органов мошонки у детей.
12.	Хирургические заболевания у детей, не требующие немедленного вмешательства.
13.	Врожденные пороки развития дыхательной системы и органов грудной клетки.
14.	Патология передней брюшной стенки у новорожденных.
15.	Врожденная патология толстой кишки у детей.
16.	Закрытые и открытые повреждения органов брюшной полости, грудной клетки у детей.
17.	Закрытые и открытые повреждения органов мочевыделительной системы у детей.
18.	Повреждения пищевода у детей.
19.	Повреждения мягких тканей у детей.
20.	Переломы костей верхней и нижней конечности, таза у детей.
21.	Хирургическая патология опорно-двигательного аппарата у детей.
22.	Заболевания, сопровождающиеся кровотечением из желудочно-кишечного тракта у детей.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

- Одним из ранних клинических проявлений инвагинации кишечника у детей является
 - Лихорадка
 - Периодическое беспокойство
 - Неукротимая рвота
 - Постоянное беспокойство
- Наиболее частой формой инвагинации кишечника является
 - Тонко-тонкокишечная
 - Тонко-толстокишечная
 - Толсто-толстокишечная
 - Комбинированная
- При катаральном омфалите отделяемое из пупочной ямки имеет _____ характер
 - Слизистый
 - Гнойный
 - Серозный
 - Геморрагический
- При развитии ранней спаечной кишечной непроходимости аускультативно выявляют _____ перистальтических кишечных шумов
 - Усиление
 - Ослабление

- В. Отсутствие
 - Г. Периодичность
5. Ведущим рентгенологическим симптомом механической кишечной непроходимости является наличие
- А. Уровней жидкости в кишечных петлях
 - Б. Равномерного повышения газонаполнения кишечника
 - В. Свободного газа в брюшной полости
 - Г. Уровня свободной жидкости в брюшной полости
6. Появление рентгенологических признаков заболевания при костном панариции у ребенка 12 лет следует ожидать на _____ день болезни
- А. 1-2
 - Б. 4-6
 - В. 7-10
 - Г. 12-14
7. Основным методом диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является
- А. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 - Б. Фиброгастродуоденоскопия
 - В. Сцинтиграфия желудочно-кишечного тракта
 - Г. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
8. Наиболее частой причиной инвагинации у детей грудного возраста является
- А. Расстройство правильного ритма перистальтики
 - Б. Воспалительный процесс в органах брюшной полости
 - В. Увеличение лимфатических узлов брюшной полости
 - Г. Повышенная физическая активность ребенка
9. Наиболее важной причиной развития язвенной болезни желудка в детском возрасте является
- А. Инфицирование *Helicobacter pylori*
 - Б. Недостаточное питание
 - В. Нарушение кровообращения
 - Г. Врожденный порок желудка
10. Киста общего желчного протока характеризуется следующей триадой симптомов
- А. Боли, перемежающаяся желтуха, пальпируемое образование
 - Б. Увеличение селезенки, печени, варикозное расширение вен пищевода
 - В. Анемия, желтуха, увеличение селезенки
 - Г. Увеличение в объеме живота, запоры, бледность кожных покровов
11. Поздняя спаечная кишечная непроходимость чаще всего проявляется внезапно
- А. Резкими болями в животе
 - Б. Падением артериального давления
 - В. Синкопальным состоянием
 - Г. Неукротимой рвотой
12. Основное клиническое проявление почечной колики – это
- А. Поллакиурия
 - Б. Рвота

- В. Приступообразные боли в животе и поясничной области
Г. Положительный симптом Пастернацкого
13. При физиологическом нагрубании грудных желез следует проводить
А. Динамическое наблюдение
Б. Физиотерапию
В. Комплексное консервативное лечение
Г. Хирургическое лечение
14. Наиболее частым этиологическим фактором гидронефроза в детском возрасте является
А. Стеноз пиелоуретерального сегмента
Б. Высокое отхождение мочеточника
В. Добавочный нижнеполярный сосуд
Г. Деформация мочеточника эмбриональными тяжами
15. Предварительным диагнозом у пациента с «голодными» болями, положительным симптомом Спигарского и наличием газа в брюшной полости на обзорной рентгенограмме является
А. Острый холецистит
Б. Острый панкреатит
В. Перфоративная язва 12-перстной кишки
Г. Спаечная кишечная непроходимость
16. Для болезни Гиршпрунга характерной рентгенологической картиной является
А. Циркулярный стеноз толстой кишки и резкое расширение приводящей кишки
Б. Удлинение сигмовидной кишки
В. Расширение поперечной ободочной кишки
Г. Сглаженность гаустрации восходящей ободочной кишки
17. Отсутствие самостоятельного стула с рождения характерно для
А. Мегаколон
Б. Мегадолихоколон
В. Первичного мегаректума
Г. Болезни Гиршпрунга
18. Типичной рентгенологической картиной для болезни Пайра является
А. Провисание поперечной ободочной кишки в виде гирлянды между высоко фиксированной селезеночной и печеночной кривизной
Б. Дополнительная петля сигмовидной кишки
В. Циркулярный стеноз в ректосигмоидной зоне
Г. Расширение толстой кишки
19. При синдромальных формах синдактилии целесообразно провести
А. Генетическое консультирование
Б. Рентгенологическое дообследование
В. Пренатальный скрининг
Г. Амниоцентез
20. Пальпируемое в правой половине живота опухолевидное образование и выделения из ануса в виде «малинового желе» характерны для
А. Удвоения кишечника
Б. Опухоли брюшной полости

- В. Инвагинации кишечника
 - Г. Острой кишечной инфекции
21. Неполное или полное сращение двух или нескольких пальцев называется
- А. Синдактилией
 - Б. Полидактилией
 - В. Арахнодактилией
 - Г. Брахидактилией
22. Наиболее характерным признаком для динамической паретической кишечной непроходимости кишечника при обзорной рентгенографии брюшной полости является наличие
- А. Единичных широких уровней в кишечнике
 - Б. Множественных мелких уровней в кишечнике
 - В. Свободного газа в брюшной полости
 - Г. Большого количества жидкости в брюшной полости
23. Ведущим патологическим синдромом при пороках развития почек и мочевых путей является
- А. Мочевой
 - Б. Болевой
 - В. Интоксикационный
 - Г. Лихорадочный
24. Основным скрининговым методом диагностики гидронефроза является
- А. Ультразвуковое исследование
 - Б. Микционная цистография
 - В. Фиброцистоскопия
 - Г. Компьютерная томография
25. Развитие язвенной болезни желудка может вызывать прием препаратов из группы
- А. Спазмолитиков
 - Б. Антацидов
 - В. Антибиотиков
 - Г. Кортикостероидов
26. У ребенка с «голодными болями» в эпигастрии, снижением аппетита, общей слабостью, периодическими подъемом температуры до $37,2^{\circ}\text{C}$, в пользу патологии желудка и 12-перстной кишки свидетельствует
- А. Характер и локализация боли
 - Б. Снижение аппетита
 - В. Общая слабость
 - Г. Субфебрильная лихорадка
27. Наиболее характерным признаком для механической кишечной непроходимости кишечника при обзорной рентгенографии брюшной полости является наличие
- А. Единичных широких уровней
 - Б. Множественных мелких уровней
 - В. Свободного газа в брюшной полости
 - Г. Большого количества жидкости в брюшной полости

28. При выделении грамотрицательной флоры из пиогенного очага показано назначение антибиотиков группы

- А. Фторхинолонов
- Б. Полусинтетических пенициллинов
- В. Аминогликозидов
- Г. Макролидов

29. Проведение консервативной дезинвагинации путем пневмоирригоскопии допустимо при давности заболевания до _____ часов

- А. 12
- Б. 24
- В. 48
- Г. 72

30. Пациентов с острой формой спаечной кишечной непроходимости оперируют в _____ порядке

- А. Экстренном
- Б. Отсроченном
- В. Срочном
- Г. Плановом

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. У 1-месячного мальчика в течение последней недели рвота «фонтаном» створоженным молоком после каждого кормления. В массе не набирает. Объективно: живот умеренно вздут в эпигастральной области, там же видимая перистальтика в виде «песочных часов». Анализ крови общий: эритроциты – 4,7 Т/л, гемоглобин – 144 г/л, гематокрит – 45 %, лейкоциты – 7,7 Г/л. Биохимический анализ крови: общий белок – 51 г/л, калий плазмы – 3,9 ммоль/л, натрий плазмы – 126 ммоль/л. При ультразвуковом исследовании пилорического отдела желудка толщина мышечного слоя привратника 6 мм.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Определите прогноз.

2. Мальчик 13 лет около года жалуется на периодические боли в левой поясничной области, несколько раз моча была розового цвета. 3 часа назад появилась резкая боль в левом боку, иррадирующая в паховую область. Перемена положения тела не приносит облегчения. Симптом Пастернацкого слева положительный. Анализ крови: эритроциты – 4,1 Т/л, гемоглобин – 131 г/л, гематокрит – 38 %, лейкоциты – 9,1 Г/л, базофилы – 0 %, эозинофилы – 3 %, палочкоядерные нейтрофилы – 1 %, сегментоядерные нейтрофилы – 55 %, лимфоциты – 37 %, моноциты – 4%. Анализ мочи: относительная плотность – 1022, сахар – нет, белок – 0,06 г/л, лейкоциты – 8-12 в поле зрения, эритроциты неизмененные – 1/2 поля зрения, эритроциты измененные – 2-5 в поле зрения, соли – ураты большое количество.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.

3. Наметьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Определите прогноз.

3. У 5-месячной девочки в течение последних 7 часов периодические приступы беспокойства, сопровождающиеся громким криком и поджатием ног. Была однократная рвота. Стула не было. Объективно: живот мягкий, по правому фланку пальпируется эластичное, ограниченно подвижное опухолевидное образование. При ректальном осмотре ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы гемолизированной крови.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
4. Врачебная тактика.
5. Возможные осложнения.

Заведующий кафедрой детской хирургии
и анестезиологии



А.В. Щербинин