Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации обучающихся по дисциплине

1 этап «Определение уровня теоретической подготовки»

Тестирование

Спаечно-инфильтративная кишечная непроходимость развивается:
а) на 3-5 сутки послеоперационного периода
б) на 7-9 сутки после операции
в) к концу 3 недели
г) через 1 месяц
Верно б

У ребенка 12 лет клиника желудочно-кишечного кровотечения. Начать обследование целесообразно с:
а) контрастного исследования желудка и двенадцатиперстной кишки
б) гастродуоденоскопии
в) лапароскопии
г) лапаротомии и ревизии брюшной полости
д) колоноскопии
Верно б

У больного с подозрением на острый остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия включают:
а) дополнительную остеоперфорацию
б) измерение внутрикостного давления
в) промывание костно-мозгового канала
г) дренирование раны
д) зашивание раны
Верно б

У ребенка 2 месяцев с гипотрофией за короткий период отмечается появление воспалительных инфильтратов, куполообразной формы, без гнойных стержней. Наиболее вероятный диагноз:
а) функулез
б) псевдофурункулез
в) абсцессы подкожной клетчатки
г) флегмона
д) рожистое воспаление
Верно б

У ребенка в области концевой фаланги указательного пальца имеется небольшой гнойник, отслаивающий эпидермис. Клиническая картина соответствует:
а) паронихию
б) кожному панарицию
в) подкожному панарицию
г) подногтевому панарицию
д) флегмоне
Верно б

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)
Верно д

У ребенка 5 лет приступообразные боли в животе, рвота, задержка отхождения газов. С момента появления боли прошло 12 часов. Год назад оперирован по поводу флегмонозного аппендицита. Целесообразно начать обследование его с:
а) обзорной рентгенографии брюшной полости
б) дачи бариевой взвеси через рот
в) гипертонической клизмы
г) ректального исследования
д) пальпации живота под наркозом
Верно а

У больного пневмоторакс. Ему следует выполнить:
а) бронхоблокаду
б) плевральную пункцию
в) дренирование плевральной полости по Бюлау
г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией
Верно г

Ребенок 7 лет поступил с острым гематогенным остеомиелитом нижней трети бедра на 3 сутки от начала заболевания. Состояние тяжелое. Выраженная интоксикация. Пневмония. Ребенку необходима:
а) срочная остеоперфорация
б) остеоперфорация после предоперационной подготовки
в) инфузионная и антибактериальная терапия, остеоперфорация в плановом порядке
г) разрез мягких тканей после предоперационной подготовки
д) внутрикостное введение антибиотиков
Верно б

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) спленэктомию
б) попытку ушивания дефекта
в) перевязку селезеночной артерии
г) оставление страхового дренажа, без манипуляций на селезенке
д) спленэктомию с имплантацией культи селезенки
Верно а

У ребенка 13 лет рвота с примесью крови, дегтеобразный стул. В анамнезе голодные и ночные боли в эпигастральной области. Живот мягкий, безболезненный. Наиболее вероятный диагноз:
а) гастродуоденит
б) кровотечение из расширенных вен пищевода
в) язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки
г) Меккелев дивертикул
д) неспецифический язвенный колит
Верно в

При водянке оболочек яичка у детей наиболее часто используют:
а) операцию Винкельмана
б) операцию Росса
в) операцию Бергмана
г) операцию Лорда
Верно б

Низведение яичка при крипторхизме целесообразно выполнять в возрасте:
а) в периоде новорожденности
б) после 1 года
в) старше 3-4 лет
д) 7-10 лет
Верно б

При переломах костей у детей оптимальным средством транспортной иммобилизации является:
а) гипсовый лонгет
б) циркулярная гипсовая повязка
в) шина Беллера
г) шина Крамера
д) ватно-марлевая повязка
Верно г

У ребенка 6 месяцев после падения возникла гематома в теменной области. Других жалоб, изменений поведения и клинических нарушений нет. Необходимо исключить:
а) линейную трещину свода черепа
б) расхождение костей черепа
в) внутричерепную гематому
г) нарушение свертывающей системы крови
д) а, в
Верно д

Ребенка 2х лет дернули за руку, появилась боль и ограничение движений верхней конечности, отсутствует супинация кисти, это характерно для:
а) перелома ключицы
б) подвывиха головки лучевой кости в локтевом суставе
в) чрезмыщелкового перелома
г) перелома диафиза лучевой кости
д) перелома н/3 костей предплечья
Верно б

Для диагностики повреждения уретры применяется:
а) ЯМРТ
б) инфузионная урография
в) уретрография
г) цистоскопия
Верно в

При травме почки с повреждением полостной системы на урограммах определяется:
а) расширение почечной лоханки
б) латеральное смещение почки

в) затек контрастного вещества
г) спазм чашечек
Верно в

При пупочной грыже в детской практике выполняется:
а) операция Лексера
б) операция Сапежко
в) операция Мейо
г) операция Шпитци
Верно г

Болезнь Осгуд-Шляттера, Легг-Кальве-Пертеса, Шойерман-Мау, Кальве, Кенига – все это относится:
а) к переломам раннего возраста
б) к врожденным порокам развития
в) к переломам старшего возраста
г) вывихам различной локализации
д) ювенильным остеохондропатиям
Верно д

При изолированной форме атрезии пищевода первоначальное хирургическое вмешательство чаще всего подразумевает:
а) наложение анастомоза пищевода
б) гастростомию
Верно б
При антенатальной диагностике (на УЗИ) патогномоничным симптомом дуоденальной непроходимости является
а) отсутствие визуализации желудка
б) многоводие
в) "двойной пузырь" (double bubble).
Верно в

Дифференциально-диагностическими признаками, отличающими гастрошизис от грыжи пупочного канатика являются
а) дефект в передней брюшной стенке расположен справа от пуповины
б) пупочный канатик сформирован
в) полностью отсутствует грыжевой мешок или его остатки
г) все перечисленное
Верно г

Характерным признаком врожденной низкой кишечной непроходимости, при которой необходимо срочное оперативное лечение, по данным ирригографии является картина
а) суженной левой половины толстой кишки
б) мегаколона
в) микроколона
г) затека контрастного вещества в свободную брюшную полость
Верно в

Характерным признаком синдрома мальротации при ирригографии является
а) симптом «double bubble»
б) микроколон
в) мегаколон

г) расположение илеоцекального угла в области мезогастрия
Верно г

Рецидив трахео-пищеводного свища при атрезии пищевода лечат путем
а) консервативной терапии
б) хирургического вмешательства
в) и тем, и другим способом
Верно б

Один из наиболее употребимых способов этапного хирургического лечения гастрошизиса при высокой степени висцеро-абдоминальной диспропорции является
а) операция типа Гросса
б) использование мешка Шустера
в) использование заплаты из медицинской резины
г) использование заплаты из коллагеново-викриловой ткани
Верно б

2 этап (решение ситуационных задач)

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ ПО ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Задача 1. Мальчик 10 лет поступил на 4-е сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры до 38 градусов, болезненное мочеиспускание. Первоначально боль локализовалась в эпигастрии, отмечалась однократная рвота. В динамике боль переместилась в правую подвздошную область, интенсивность ее уменьшилась. Со 2-х суток заболевания повышение температуры до 37.5-38 градусов. С 3-х суток появилось болезненное мочеиспускание. Стул был самостоятельный, оформленный. Состояние при поступлении средней тяжести. Язык обложен белым налетом, суховатый. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется плотное болезненное образование 6х8см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализе крови повышение количества лейкоцитов до 17 000.
А). Сформулируйте клинический диагноз, представьте его обоснование.
Б). Какие дополнительные методы исследования следует провести?
В). Выберите тактику лечения.
Г). Каков объем необходимых лечебных мероприятий?
Комментарий: Диагноз – Аппендикулярный инфильтрат. Обоснование: в начале типичная клиника острого аппендицита, срок заболевания (более 3-х суток), наличие болезненного опухолевидного образования в брюшной полости. Дополнительные методы исследования: ректальный осмотр – выявление образования при пальцевом исследовании доказывает наличие аппендикулярного инфильтрата, что в свою очередь объясняет болезненное мочеиспускание; УЗИ брюшной полости – позволяет оценить размеры инфильтрата и обнаружить (или не обнаружить) признаки абсцедирования, кроме того – исключить патологию органов брюшной полости и забрюшинного пространства, которая может симулировать клинику аппендикулярного инфильтрата. При постановке диагноза аппендикулярного инфильтрата без абсцедирования показана консервативная терапия: антибиотики (2 + метрогил), ФТЛ (УВЧ, СВЧ), инфузионная терапия по показаниям. После консервативного излечения аппендикулярного инфильтрата ребенок подлежит плановой аппендэктомии через 4-6 месяцев.

Задача 2. Девочка 6 лет поступила на 3-и сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе, рвоту, повышение температуры до 39 градусов, жидкий стул. Заболевание началось с появления болей в животе в области пупка, которая в динамике переместилась в нижние отделы живота. В первый день отмечалась однократная рвота, отходил самостоятельный оформленный стул. Температура была в пределах 37.2 – 37.5 градусов. К концу 2-х суток заболевания резко усилились боли в животе, отмечалась повторная рвота, температура повысилась до 38-39 градусов, появился частый скудный жидкий стул, болезненное мочеиспускание. При поступлении состояние девочки тяжелое. Ребенок вялый. Температура 38.5 градусов. Кожные покровы бледные с сероватым колоритом. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот умеренно вздут, резко болезненный при пальпации в нижних отделах, больше справа. Отмечается пассивное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины положительные. В анализе крови лейкопения (4 000 лейкоцитов), в анализе мочи – без патологии.
А). Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
Б). Определите необходимые методы дообследования.
В). Выберите тактику лечения.
Г). Определите характер и объем лечебных мероприятий.
Комментарий: Диагноз – Острый аппендицит. Перитонит. Необходимые методы дообследования: лабораторное (КОС, анализ крови с гематокритом); УЗИ – исключение другой патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также аппендикулярного инфильтрата (абсцесса), выявление свободной жидкости в брюшной полости, измененного червеобразного отростка; ректальный осмотр – исключение аппендикулярного инфильтрата (абсцесса), определение нависания передней стенки прямой кишки. Тактика: предоперационная подготовка 2-3 часа (инфузионная терапия, коррекция метаболических нарушений, антибиотики (2+метрогил)). Хирургическая тактика: аппендэктомия через типичный доступ (или лапароскопически), санация брюшной полости (дренирование брюшной полости не проводится). Лечение в послеоперационном периоде: инфузионная терапия, антибиотики (2+метрогил), ФТЛ (УВЧ).

Задача 3. Девочка 6 месяцев поступила через 12 часов от начала заболевания с жалобами на приступообразное беспокойство, рвоту, стул с примесью крови. Заболевание началось с приступообразного беспокойства со светлыми промежутками между приступами. Однократно была рвота съеденной пищей, в первые часы заболевания отошел самостоятельный оформленный стул без патологических примесей. Температура не повышалась. В динамике интенсивность болевых приступов уменьшилась, самочувствие девочки ухудшилось, наросла вялость, появилась бледность кожных покровов. При поступлении состояние средней тяжести. Девочка вяло реагирует на осмотр. Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут, мягкий, доступный глубокой пальпации. В правом подреберье пальпируется опухолевидное образование – умеренно болезненное, смещаемое при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном осмотре – слизь с примесью крови («малиновое желе»).
А).Сформулируйте клинический диагноз.
Б).Выберите тактику лечения.
В).Охарактеризуйте основные принципы проведения лечебных мероприятий.
Комментарий: Диагноз – кишечная инвагинация. При отсутствии симптомов кишечной непроходимости, перитонита показано консервативное лечение. Под наркозом проводится раздувание инвагината воздухом путем нагнетания его в толстую кишку с помощью аппарата Рива-Роччи под давлением не более 80-90 мм ртутного столба. Резкое падение давления в системе наряду с исчезновением в брюшной полости пальпировавшегося

инвагината являются критериями эффективности дезинвагинации. Отсутствие эффекта от консервативных мероприятий является показанием к хирургическому лечению.

Задача 4. Мальчик 8 месяцев поступил на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на приступообразное беспокойство, прогрессирующую вялость, рвоту, вздутие живота, стул с примесью крови. Заболевание началось с приступообразного беспокойства со светлыми промежутками между приступами. Однократно была рвота съеденной пищей, в первые часы заболевания отошел самостоятельный оформленный стул без патологических примесей. Температура не повышалась. В динамике интенсивность болевых приступов уменьшилась, самочувствие мальчика ухудшилось, наросла вялость, появилась бледность кожных покровов. К началу вторых суток заболевания появилось вздутие живота, повторная рвота с примесью желчи. При поступлении состояние тяжелое. Мальчик вяло реагирует на осмотр. Кожные покровы бледные. Живот вздут, напряжен, болезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном осмотре – слизь с примесью крови («малиновое желе»).
А).Сформулируйте клинический диагноз, обоснуйте его.
Б).Определите необходимые методы дообследования.
В).Выберите тактику лечения. Охарактеризуйте объем лечебных мероприятий.
Комментарий: Диагноз – кишечная инвагинация. Устанавливается на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли со светлым промежутком), характерного возраста (4-8 месяцев). При наличии симптомов кишечной непроходимости показано рентгенологическое обследование (обзорная рентгенограмма брюшной полости в вертикальном положении для подтверждения диагноза кишечной непроходимости или выявления свободного газа в брюшной полости). УЗИ брюшной полости может помочь в выявлении инвагината. В данном случае проведение консервативного лечения противопоказано. Необходимо выполнить лапаротомию. Инвагинат без признаков нарушения жизнеспособности кишки подлежит интраоперационной дезинвагинации; признаки некроза кишки являются показанием к резекции кишки с инвагинатом в пределах здоровых тканей без предварительной попытки дезинвагинации.

Задача 5. Мальчик 1.5 лет доставлен в приемный покой родителями с жалобами на отсутствие самостоятельного стула в течение 5 дней, рвоту, вздутие живота. С рождения у ребенка отмечалось вздутие живота. В течение первого месяца жизни стул был жидким, отходил самостоятельно. В динамике стул стал более густым, для опорожнения кишечника требовалась постановка газоотводной трубки, а затем и клизм. При поступлении состояние мальчика средней тяжести. Кожные покровы бледные. Живот равномерно вздут, умеренно напряжен, пальпируется расширенная толстая кишка, заполненная плотными каловыми массами. Ректальный осмотр – ампула прямой кишки пустая.
А). Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз, обоснуйте его.
Б). Определите необходимые методы дообследования.
В). Выберите тактику лечения, определите объем лечебных мероприятий.

Комментарий: Описанная клиническая картина характерна для болезни Гиршпрунга. Для таких больных типично вздутие живота, расширение толстой кишки, ампула прямой кишки, как правило, не заполнена калом. Симптомы заболевания всегда отмечаются с первых дней жизни. Характерно постоянное вздутие живота, отсутствие самостоятельного стула. У части больных в периоде новорожденности кратковременно может отходить самостоятельный жидкий стул. С возрастом выраженность запора усиливается. Для

подтверждения диагноза необходимо выполнить ирригографию, на основании которой выявляются типичные рентгенологические симптомы болезни Гиршпрунга: наличие зоны сужения в дистальном отделе толстой кишки (наиболее часто в ректосигмоидном отделе), воронкообразно переходящей в резко расширенную вышерасположенную кишку. Морфологическим подтверждением заболевания является отсутствие нервных ганглиев в биоптатах толстой кишки, взятых в зоне сужения. Первично проводится консервативное лечение (сифонные клизмы), направленное на очищение толстой кишки и уменьшение ее размеров, ликвидацию симптомов кишечной непроходимости. В случае неэффективности консервативного лечения накладывается колостома. Радикальная операция (резекция аганглионарного отдела и низведение нормально сформированной кишки на промежность) проводится после стабилизации состояния ребенка и сокращения размеров толстой кишки либо первично, либо после наложения колостомы.

3 этап
Проверка практических навыков
Ответы на экзаменационные вопросы

Проверка практических навыков

Интерпретация рентгенограммы,
Зондирование, промывание желудка,
Очистительная сифонная клизма,
Катетеризация мочевого пузыря,
Наложение гипсовой иммобилизации, повязки Дезо,
Ирригоскопия,
Местная анестезия: инфильтрационная, футлярная, по Лукашевичу-Оберсту,
расчет инфузионной терапии при острых хирургических абдоминальных процессах,
Плевральная пункция, аспирация: по Бюлау, активная,
Первичная хирургическая обработка ран,
Вскрытие внеполостных гнойных очагов,
Диагностическая пункция коленного сустава,
Методы диагностики и хирургического лечения кишечной непроходимости.
Техника оперативного лечения острого аппендицита.
Вскрытие аппендикулярного абсцесса.
Пальцевое ректальное исследование прямой кишки.
Плевральная пункция
Дренирование плевральной полости.
Пункции, дренирование пневмоторакса.
Рентгенологическое обследование нагноительных заболеваний легких и плевры.
Эзофагография, эзофагоскопия.
Гастростомия.
Замена гастростомической трубки.
Дренирование флегмоны кисти и стопы.
Хирургическое лечение трофической язвы.
Дренирование Дугласова пространства.
Транспортировка пациента с переломом костей верхних и нижних конечностей.
Диагностика и устранение вывиха плеча.
Диагностика и устранение подвывиха лучевой кости.
Лечение переломов костей конечностей. Закрытая репозиция.
Первичная обработка ран кисти, шов сухожилия.
Наложение гипсовых повязок при переломах костей конечностей.

Скелетное вытяжение при переломе бедра.
Диагностическая артропункция,
Определение степени ожога.
Определение глубины ожога.
Катетеризация, пункция мочевого пузыря.
Промывание желудка при остром отравлении
Определение группы крови.
Рентгенологическая диагностика кишечной непроходимости.
Диагностика атрезии пищевода.
Зондирование пищевода, проба Элефанта.

Перечень вопросов для экзамена по детской хирургии:

Неотложная хирургия детского возраста

Острый аппендицит: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Перитонит у детей. Послеоперационный перитонит.
Внутренние грыжи, ущемление: определение, патогенез, классификация, клиника, диагностика.
Дивертикул Меккеля: осложнения, диагностика, лечение.
Острая приобретенная кишечная непроходимость (спаечная, инвагинация): клиника, диагностика, лечение.
Повреждения поджелудочной железы. Панкреатит. Ферментативный перитонит. Посттравматические кисты.
Повреждения печени, желчного пузыря. Абсцессы печени. Острый холецистит. Холелитиаз, обтурационная желтуха.
Травмы селезенки. Внутрибрюшное кровотечение. Тактика.
Патология брюшных стенок. Нагноения кист пупка, мочевого протока (урахус). Клиника, диагностика, лечение.
Химические ожоги пищевода и желудка.
Инородные тела желудочно-кишечного тракта.
Перфоративная язва желудка, двенадцатиперстной кишки: клиника, диагностика, лечение.
Апоплексия, перекрут придатков и параовариальной кисты.
Травма органов мошонки: клиника, диагностика, лечение.
Острая напряженная водянка оболочек яичка. Перекрут гидатид : клиника, диагностика, лечение
Травматические повреждения почек, аорты, нижней полой вены – забрюшинные гематомы. Разрыв надпочечника.
Внебрюшные разрывы мочеточника, мочевого пузыря: клиника, диагностика, лечение.
Псевдохирургический абдоминальный синдром, причины и основные элементы дифференциально-диагностической программы.
Врожденный гипертрофический пилоростеноз.
Мегаколон, болезнь Гиршпрунга: клиника, диагностика, лечение.
Полипы и выпадение прямой кишки.
Кишечные свищи, причины, хирургические и социальные проблемы энтеро- и колостомии. Тактика, сроки оперативного закрытия свищей.

Плановая хирургия детского возраста

Грыжи брюшной стенки: паховая, пупочная.
Водянки, кисты влагалищного отростка брюшины.
Кисты брюшной полости (большого сальника, энтерокистомы, придатков матки, мезентеральные): клиника, диагностика, лечение.

Киста печени, общего желчного протока, псевдокиста поджелудочной железы.
Хирургические спленопатии. Синдром портальной гипертензии.

Гнойная хирургия детского возраста

Пиодермии, паронихий, мастит и некротическая флегмона новорожденных, омфалит, парапроктит, адипозонекроз: клиника, диагностика, лечение.
Эпифизарный остеомиелит у новорожденных и грудных детей: клиника, диагностика, лечение.
Рожистое воспаление: клиника, диагностика, лечение.
Фурункул, карбункул. Абсцесс. Флегмона. Гнойные раны.
Остеомиелит у детей старше одного года: клиника, диагностика, лечение.
Гнойно-воспалительные заболевания кисти и стопы. Тендовагинит, панариций. Гиперпластический паронихий («вросший» ноготь) пальцев стопы.

Хирургия новорожденных

Хирургические причины острой дыхательной недостаточности у новорожденных. Синдром Пьера-Робена, атрезия хоан: клиника, диагностика, лечение
Трахеомаляция : клиника, диагностика, лечение.
Напряженная киста легкого: клиника, диагностика, лечение.
Спонтанный пневмоторакс новорожденного: клиника, диагностика, лечение.
Врожденные пороки развития пищевода: атрезия и ее типы, стеноз, пищеводно-трахеальный свищ.
Врожденная диафрагмальная грыжа: клиника, диагностика, лечение.
Синдром «асфиктического» ущемления. Показания и условия транспортировки.
Эмбриональная грыжа пупочного канатика: клиника, диагностика, лечение.
Аномалии желточного и мочевого протока: клиника, диагностика, лечение.
Врожденная непроходимость желудка и кишечника: атрезия и стенозы.
Мекониевый илеус: клиника, диагностика, лечение.
Синдром Ледда: клиника, диагностика, лечение.
Аномалии аноректальной области: клиника, диагностика, лечение.
Пороки развития билиарной системы. Желтуха новорожденного: дифференциальный диагноз и хирургическая тактика.
Перитонит у новорожденного, причины, диагностика, тактика.
Сепсис новорожденного.
Родовые повреждения. Черепно-мозговые травмы, повреждения мягких тканей, переломы костей, повреждения органов брюшной полости и забрюшинного пространства.
Опухоли у новорожденных.

Детская урология

Гидронефроз, пиэлоэктазии: клиника, диагностика, лечение.
Мегауретер: клиника, диагностика, лечение.
Экстрофия мочевого пузыря: клиника, диагностика, лечение.
Опухоли почек, мочевого пузыря, яичка: клиника, диагностика, лечение.
Опухоль Вильмса: клиника, диагностика, лечение.
Эписпадия, гипоспадия. Крипторхизм и эктопии яичка. Варикоцеле.
Перекрут гидатиды, орхит: клиника, диагностика, лечение.
Заворот яичка: клиника, диагностика, лечение.
Парафимоз: клиника, диагностика, лечение.
Hymen Inperforantus и гематокольпос: клиника, диагностика, лечение.

Детская травматология, ортопедия, комбустиология

Повреждения мягких тканей: ушибы, ссадины, раны, инородные тела: клиника, диагностика, лечение.
Укусы ядовитых насекомых и змей: клиника, диагностика, лечение.
Термические поражения: опрение степени и глубины поражения, диагностика, лечение.
Повреждения костей и суставов.
Переломы ключицы, лопатки, ребер.
Переломы костей плеча, предплечья, в области локтевого сустава, подвывих головки лучевой кости, вывихи пальцев и отрыв сухожилия разгибателя пальца.
Переломы костей таза, бедренной кости, костей голени и стопы.
Травматический вывих бедра, надколенника. Повреждения менисков коленного сустава. Растяжение и разрывы связок.
Черепно-мозговая травма: клиника, диагностика, осложнения, лечение.
Травма отделов позвоночника, компрессионный перелом тела позвонка.
Врожденная мышечная кривошея: клиника, диагностика, лечение.
Врожденный вывих бедра, дисплазия тазобедренных суставов: клиника, диагностика, лечение.
Остеохондропатии, хондродистрофии. Костно-суставной туберкулез.

Дифференцированная тактика лечения детей с ожогами в остром периоде для профилактики образования рубцов и контрактур.
Консервативное лечение ожогов.
Глубокие ожоги кисти: клиника, диагностика, лечение.
Рубцовые деформации кистей и стоп.

Образец экзаменационного билета по детской хирургии:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П.Павлова Министерства здравоохранения и социального развития РФ» **Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации**	
Специальность **«детская хирургия»**	Дисциплина **«детская хирургия»**
Экзаменационный билет № 1	
1. Острая кишечная инвагинация: клиника, диагностика, лечение.	
2. Врожденный гипертрофический пилоростеноз: клиника, диагностика, лечение.	
3. Заворот яичка: клиника, диагностика, лечение.	
4. Ситуационная задача, рентгенограмма.	
Утверждаю: Заведующий кафедрой А.В. Каган	