

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Шуматов Валентин Борисович

Должность: Ректор

Дата подписания: 12.04.2024 16:41:26

Уникальный программный ключ:

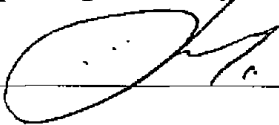
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94f0e387a2985d2657b784aec019bf8a794cb4

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

 / Костин 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**

**Направленность подготовки**

**Форма обучения**

**Срок освоения ООП**

**Институт/кафедра**

**31.08.18 Неонатология**

(код, наименование)

**Подготовка кадров высшей  
квалификации по программам  
ординатуры**

(специалитет/магистратура)

**02 Здравоохранение  
(в сфере неонатологии)**

**Очная**

(очная, )

**2 года**

(нормативный срок обучения)

**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 31.08.18 Неонатология, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности неонатологии общепрофессиональных и профессиональных компетенций.**

[https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.18\\_Neonatologiya\(3\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/31.08.18_Neonatologiya(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. Согласно классификации к частым относятся пороки развития с частотой встречаемости:

\*более 1 случая на 1000 рождений

более 1 случая на 5000 рождений

10 случаев на 5000 рождений

1 случай на 10000 рождений

#### 2. Врожденные пороки развития, возникшие в результате повреждения эмбриона независимо от этиологии в период от 15-го дня после оплодотворения до конца 8-й недели, называются:

фетопатии

бластопатии

\*эмбриопатии

гаметопатии

#### 3. Какая из приведенных ниже врожденных мальформаций в наибольшей степени взаимосвязана с другими:

гастрошизис

пилоростеноз

гидронефроз

\*омфалоцеле

К летальным синдромам относятся:

Морфана

Нунан

\*Эдвардса

Дауна

- 4. 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
- 5. Для диагностики пороков развития у новорожденных используют различные методы исследования, из которых наиболее информативны и возможны в антенатальном периоде:**
  - лапароскопия
  - \*ультразвуковое исследование
  - рентгенография
  - эндоскопия
- 6. Одним из дефектов неполной облитерации и редукции желточного протока является:**
  - мекониевый илеус
  - \*полный кишечный свищ
  - внутренняя грыжа
  - удвоение тонкой кишки
- 7. Какая опасность существует при наложении раздавливающей клеммы или лигатуры при омфалоцеле малых размеров:**
  - \*повреждение стенки кишки
  - развитие НЭК
  - развитие синдрома перераспределения крови плода и матери
  - позднее отпадение пуповинного остатка
- 8. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаящий наличие нижнего трахеопищеводного свища:**
  - цианоз
  - хрипы при аускультации легких
  - \*запавший живот
  - пенистые выделения изо рта
- 9. Атрезия пищевода клинически проявляется:**
  - на 2 - 3 сутки жизни
  - \*сразу после рождения
  - начало постепенное, редко острое, в возрасте 5 - 7 дней, чаще у мальчиков
  - к концу первых суток жизни
- 10. Абсолютным правилом в диагностике атрезии пищевода является:**
  - проба Афта
  - \*зондирование пищевода и желудка вместе с пробой Элефанта
  - эзофагоскопия
  - трахеобронхоскопия
- 11. К ранним клиническим признакам атрезии пищевода относятся:**
  - одышка, цианоз
  - цианоз, аритмичное дыхание
  - \*обильные пенистые выделения изо рта и носа
  - срыгивания, стридорозное дыхание
- 12. Диагностика атрезии пищевода должна начинаться:**
  - детским хирургом в специализированном центре хирургии новорожденных
  - неонатологом в отделении новорожденных
  - \*неонатологом в родильном зале
  - детским хирургом в детском хирургическом отделении областной (краевой) ДБ
- 13. Перед отправкой ребенка с атрезией пищевода из родильного дома необходимо сделать все перечисленное, кроме:**

- назначить викасол  
ввести антибиотики  
\*получить стул  
ввести катетер в верхний сегмент пищевода для аспирации слюны
- 14. Основная часть больных с атрезией пищевода оперируется:**  
\*в неотложном порядке после завершения всего комплекса обследования и тщательной предоперационной подготовки в течение одних или нескольких суток;  
по жизненным показаниям;  
обязательно в первые сутки после рождения;  
в экстренном порядке после предоперационной подготовки (2-3 часа) с момента поступления
- 15. Какой способ диагностики противопоказан при подозрении на атрезию пищевода на уровне родильного дома:**  
зондирование пищевода  
проба Элефанта  
\*рентгеноконтрастное исследование  
рентгеновский снимок без контраста
- 16. У новорожденного сразу после рождения нарастает дыхательная недостаточность, отмечено, что во время крика ребенок розовеет. В данном случае наиболее вероятен диагноз:**  
диафрагмальная грыжа  
\*атрезия хоан  
лобарная эмфизема  
пневмоторакс
- 17. Клиническим симптомом врожденной ложной диафрагмальной грыжи у новорожденных не является:**  
цианоз и респираторный дистресс (в первые минуты, часы или дни жизни)  
\*отсутствие самостоятельного стула  
ослабление дыхания со стороны поражения  
смещение сердечных тонов в здоровую сторону
- 18. Ваши действия при подозрении на наличие диафрагмальной грыжи:**  
постановка желудочного зонда  
вентиляция мешком и маской, постановка желудочного зонда  
\*интубация трахеи, постановка желудочного зонда  
действие ничем не отличаются от общего протокола
- 19. Наиболее часто встречаемая форма врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных:**  
\*ложная грыжа собственно диафрагмы слева (через щель Бохдалека)  
истинная грыжа собственно диафрагмы  
френико-перикардальная грыжа  
грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 20. Хирургическое лечение врожденной диафрагмальной грыжи лучше начинать:**  
после введения сурфактанта  
как можно раньше после рождения  
после ингаляции NO (оксида азота)  
\*после стабилизации функции легких
- 21. Методом выбора первичного обследования для диагностики врожденной лобарной эмфиземы является:**  
бронхоскопия  
\*обзорная рентгенография органов грудной клетки  
компьютерная томография  
ангиопульмонография
- 22. Для врожденного пилоростеноза при исследовании газов крови характерно:**  
выраженный метаболический ацидоз

- умеренный метаболический ацидоз  
КЩС норма  
\*умеренный метаболический алкалоз
- 24. Ведущим клиническим симптомом пилоростеноза является:**  
склонность к запорам  
\*рвота «фонтаном»  
жажда  
олигурия
- 25. Масса тела при врожденном пилоростенозе характеризуется:**  
малой прибавкой  
неравномерной прибавкой  
отсутствием прибавки  
\*прогрессирующим падением
- 26. Этиологическим фактором пилороспазма является:**  
генетический порок зоны привратника  
биохимический дефект стероидогенеза  
\*симпатотония  
ваготония
- 27. Для пилороспазма при исследовании газов крови характерно:**  
выраженный метаболический ацидоз  
умеренный метаболический ацидоз  
\*КЩС норма  
умеренный метаболический алкалоз
- 28. Этиологическим фактором псевдопилоростеноза является:**  
генетический порок зоны привратника  
симпатотония  
ваготония  
\*биохимический дефект стероидогенеза
- 29. С каким из перечисленных заболеваний дифференцируют пилоростеноз:**  
ранний рахит  
\*синдром Дебре-Фибигера  
синдром Френерикса-стерхауза  
язвенно-некротический колит
- 30. 8 -ми дневная девочка с вирусизацией гениталий имеет рвоту, диарею, гипонатриемию и дегидратацию. Наиболее вероятно у нее:**  
первичный гипертиреозидизм  
врожденная кишечная непроходимость  
\*синдром Дебре-Фибигера  
питание недостаточным количеством грудного молока.
- 31. Причиной врожденной высокой кишечной непроходимости не является:**  
предуоденальная воротная вена, абберантные сосуды печени, удвоение 12-ти перстной кишки;  
мембрана 12-ти перстной кишки;  
\*меконеальный илеус;  
кольцевидная поджелудочная железа
- 32. Главный рентгенологический признак высокой атрезии 12-перстной кишки:**  
отсутствие газов в кишечнике  
большой газовый пузырь желудка  
\*дополнительный горизонтальный уровень жидкости в проекции 12-перстной кишки  
«немой живот»
- 33. Первыми клиническими симптомами синдрома Ледда у новорожденных чаще являются:**

- \* срыгивания и рвота с 3-5 суток жизни, примесь в рвотных массах сначала желчи, а потом "зелени", задержка отхождения мекония, стул становится постепенно скудным, иногда в стуле может быть примесь крови, резкое беспокойство ребенка;  
срыгивания и рвота с первых суток после рождения, вздутие, асимметрия живота, отсутствие стула;  
ухудшение состояния со 2 суток жизни, обильная рвота калового характера, прогрессирование симптомов интоксикации, вздутие и увеличение размеров живота, отсутствие самостоятельного стула;  
срыгивания и рвота с рождения, прогрессирующее вздутие живота без асимметрии, повышение температурной реакции, стул после клизмы, что приводит к уменьшению размеров живота, однако в динамике вздутие рецидивирует.
- 34. Странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденных возникает при:**  
атрезии двенадцатиперстной кишки  
\*синдроме Ледда  
болезни Гиршпрунга  
мекониальной кишечной непроходимости
- 35. Низкую кишечную непроходимость у новорожденного отрицает симптом:**  
многократной рвоты застойным отделяемым  
отсутствия стула  
\*мягкого безболезненного живота  
вздутого болезненного живота
- 36. При какой патологии наблюдается муковисцидоз:**  
врожденном заболевании почек  
сахарном диабете  
кисте поджелудочной железы  
\*кистофиброзе поджелудочной железы
- 37. При подозрении на острую форму болезни Гиршпрунга у новорожденных первым диагностическим этапом целесообразно:**  
выполнить ирригографию  
\*выполнить ирригографию с отсроченным снимком через 24 час.  
рентгенологический пассаж контрастного вещества по ЖКТ  
определить активность ацетилхолинэстеразы
- 38. Какой из перечисленных рентгенологических признаков язвенно-некротического энтероколита у новорожденных является прогностически неблагоприятным?**  
пневматоз кишечника  
\*газ в воротной вене  
пневмоперитонеум  
длительное неизменное положение расширенных петель кишечника
- 39. К этиопатогенетическим факторам развития НЭК у новорожденных не относятся:**  
асфиксия, черепно-мозговая травма, спинальная травма, ишемия, перенесенная в перинатальном периоде  
пороки развития ЖКТ, аномальная колонизация кишечника у новорожденного  
\*сопутствующая патология со стороны костно-мышечной системы  
неадекватный характер питания ребенка в раннем постнатальном периоде
- 40. Некротический энтероколит на стадии перфорации проявляется рентгенологическими симптомами:**  
повышенным равномерным газонаполнением кишечника  
локальным затемнением брюшной полости  
\*гидроперитонеумом, свободным газом в брюшной полости  
неравномерным газонаполнением кишечных петель
- 41. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 18 часов для того, чтобы:**  
подтвердить диагноз аноректальной атрезии  
обнаружить уровни в кишечнике

- определить объем и сроки предоперационной подготовки  
\*определить высоту аноректальной атрезии
- 42. Появление рвоты у новорожденного с признаками удущья при кормлении связано с:**  
\*атрезией хоан  
пилоростенозом  
болезнью Гиршпрунга  
перитонитом
- 43. У новорожденных по экстренным показаниям выполняют хирургические вмешательства во всех случаях, кроме:**  
атрезии ануса без свищей  
атрезии тонкой кишки  
синдроме Ледда  
мекониевом перитоните  
\*наличия широкого свища из прямой кишки на промежность
- 44. У ребенка диагностирована атрезия пищевода со свищем. Приоритет в его ведении:**  
назначить антибиотики  
начать НСРАР  
начать парентеральное питание  
\*осторожно ввести зонд в проксимальную часть пищевода, закрепить и начать санацию под небольшим отрицательным давлением
- 45. У новорожденных адипознекрот вызывается возбудителем:**  
стафилококк  
стрептококк  
протей  
\*абактериален
- 46. Наиболее ранним клиническим симптомом остеомиелита новорожденных при поражении длинных трубчатых костей является:**  
субфебрильная температура  
вялое сосание  
\*клиника «псевдопареза»  
увеличение объема конечности
- 47. Из перечисленных пороков развития полное недержание мочи имеет место при:**  
\*тотальной эписпадии, экстрофии мочевого пузыря  
мошоночной формы гипоспадии  
клапане задней уретры  
уретероцеле
- 48. Как проявляется экстрофия мочевого пузыря у новорожденных мальчиков?**  
отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки  
отсутствие передней стенки мочевого пузыря, крипторхизм  
\*отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки, передней стенки мочевого пузыря, крипторхизм  
отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки, задней стенки мочевого пузыря, крипторхизм
- 49. При каком пороке развития приступ асфиксии купируется выведением и фиксацией языка:**  
атрезия пищевода  
колобома  
\*синдром Пьера - Робена  
ранула
- 50. Причиной развития гидронефроза у новорожденного наиболее часто является:**  
гипоспадия  
инфекция мочевыводящих путей.

мультикистозная дисплазия почек.

\*нарушение оттока мочи в области лоханочно-мочеточникового сегмента

**51. Новорожденных с омфалоцеле транспортируют из родильного дома:**

в транспортном кувете, с открытым желудочным зондом, в положении лежа на боку, в сопровождении врача-реаниматолога;

в транспортном кувете, с открытым желудочным зондом в сопровождении врача-реаниматолога;

в транспортном кувете, с открытым желудочным зондом, с приподнятым головным концом на 30-40° в сопровождении врача-реаниматолога;

условия транспортировки не имеют значения

**52. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:**

гипоплазия легкого

аплазия легкого

\*агенезия легкого

ателектаз

**53. У новорожденного ребенка отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепом. Наиболее вероятный диагноз**

гипоплазия легкого

аплазия легкого

агенезия легкого

\*ателектаз

**54. У новорожденного после отпадения пупочного остатка из пупка отделяется кишечное содержимое. Ваш диагноз:**

\*полное незаращение желточного протока

полное незаращение урахуса

гнойный омфалит

энтерокиста

**55. При наличии эмбриональной грыжи внутренние органы брюшной полости выходят:**

наружу, справа от пупка

\*в основание пупочного канатика

наружу слева от пупка

в любом месте на передней брюшной стенке

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. Сроки предоперационной подготовки при дуоденальной кишечной непроходимости:**

предоперационная подготовка должна быть не более 2-3 часов;



\*предоперационная подготовка проводится так долго, как это требует состояние ребенка (ликвидация эксикоза, снижение степени гипербилирубинемии, восстановление гомеостаза);

при раннем поступлении больного – в течение 12 часов;

не должно затягиваться более, чем на 6 часов.

**2. Особенности лечебной тактики врача неонатолога при омфалоцеле и гастрошизисе у новорожденного:**

омфалоцеле или выпавшие петли кишок при гастрошизисе обложить влажными салфетками, смоченными в физрастворе;

\*омфалоцеле или выпавшие петли кишок при гастрошизисе погрузить в стерильный пластиковый пакет и покрыть снаружи большой сухой ватно-марлевой повязкой;

омфалоцеле или выпавшие петли кишок при гастрошизисе покрыть снаружи большой ватно-марлевой повязкой;

омфалоцеле или выпавшие петли кишок при гастрошизисе погрузить в стерильный пластиковый пакет и покрыть снаружи большой влажной ватно-марлевой повязкой.

**3. Вы проводите осмотр ребенка, доставленного из родильного дома через 4 часа после рождения. Поставьте диагноз при визуализации данных изменений анатомических структур:**



омфалоцеле средних размеров

омфалоцеле больших размеров

омфалоцеле, осложненное разрывом оболочек

\*гастрошизис

**4. Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с атрезией пищевода. Дайте заключение:**



атрезия пищевода без трахеопищеводного свища

атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом

\*атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом

атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом

5. Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с атрезией пищевода. Дайте заключение:



- \*атрезия пищевода без трахеопищеводного свища
- атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом
- атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
- атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом

6. Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с атрезией пищевода. Дайте заключение:



- атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом;
  - \*атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом;
  - атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с полной дуоденальной непроходимостью;
  - атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с частичной дуоденальной непроходимостью;
7. Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного с атрезией пищевода. Дайте заключение:



атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом;

атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом;

\*атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с полной дуоденальной непроходимостью;

атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с частичной дуоденальной непроходимостью.

8. У новорожденного первых суток с прогрессивно развивающимся синдромом дыхательных расстройств выполнена вертикальная обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом брюшной полости в прямой проекции. Ваш диагноз:



поликистоз левого легкого

левосторонняя лобарная эмфизема

\*ложная диафрагмальная грыжа слева

декстрокардия

9. В первые часы после рождения у ребенка отмечены клинические проявления острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Ребенок вялый, крик слабый, периодически появляется рвота с примесью желчи. Дыхание затрудненное, поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Живот небольших размеров, впавший. На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечается резкое смещение средостения вправо и наличие множественных мелких ячеистых полостей слева. Какой из перечисленных диагнозов наиболее вероятен в данной ситуации?

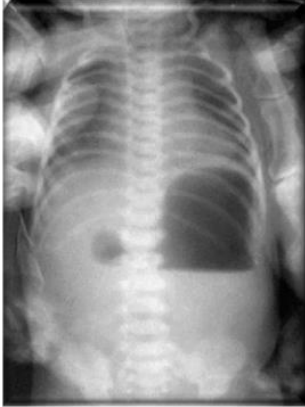
лобарная эмфизема

пневмоторакс

\*ложная левосторонняя диафрагмальная грыжа

кистозно-аденоматозная трансформация левого легкого

10. У новорожденного ребенка с первых суток рвота застойного характера. Сделайте заключение по результатам рентгенологического обследования:



высокая частичная врожденная кишечная непроходимость  
\*высокая полная врожденная кишечная непроходимость  
врожденная непроходимость на уровне желудка  
рентгенограмма в норме

11. У новорожденного ребенка с первых суток рвота застойного характера. Вы провели обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки. Достаточно ли его результатов в данной клинической ситуации, чтобы поставить диагноз врожденной высокой полной кишечной непроходимости:



дополнительно необходимо провести ФГДС;  
дополнительно необходимо провести исследование пассажа рентгеноконтрастного вещества по ЖКТ;  
\* достаточно обзорной рентгенографии брюшной полости с наличием патогномичного симптома "double-bubble" и «немного» живота;  
дополнительно необходимо провести ирригографию

12. У новорожденного мальчика при осмотре промежности обнаружено отсутствие заднепроходного отверстия. При дальнейшем наблюдении отмечено, что из уретры выделяется моча с примесью мекония. Какое обследование необходимо выполнить для уточнения диагноза?

рентгенологическое исследование по Вангенстину  
\*рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества в мочевой пузырь  
УЗИ мочевого пузыря  
рентгеноконтрастное исследование кишечника

13. Основные правила для выполнения ирригограммы новорожденным с целью диагностики пороков ротации и фиксации кишечника:

ирригография выполняется бариевой взвесью в количестве 40-50 мл в двух проекциях;  
\*ирригография выполняется водорастворимым контрастным веществом 25-30% концентрации из расчета 20-25 мг/кг массы, во фронтальной проекции»;

- ирригография выполняется водорастворимым контрастным веществом в разведении (1:1) в объеме 100 мл под контролем рентгенологического экрана;  
ирриграфия выполняется водорастворимым контрастом с тугим наполнением, в двух проекциях с контрольной рентгенографией после опорожнения кишечника.
- 14. На 6 сутки жизни у ребенка, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, появилось резкое вздутие живота, частые срыгивания молоком с примесью желчи, рвота. Стул частый, с примесью слизи и крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается неравномерное газонаполнение кишечника с его резким расширением в дистальных отделах. Определяется пневматоз в виде множественных воздушных пузырьков, расположенных интрамурально. Назовите предполагаемый диагноз.**  
врожденная низкая частичная кишечная непроходимость  
острая форма болезни Гиршпрунга  
\*язвенно-некротический энтероколит  
перфоративный перитонит
- 15. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились рвота, резкое вздутие живота, гиперемия и отек передней брюшной стенки, печеночная тупость не определяется:**  
парез кишечника  
тромбоз подвздошных сосудов  
нарушение мозгового кровообращения  
\*перфорация желудка, напряжённый пневмоперитонеум
- 16. Ребенок 2 недель заболел остро, стал вяло сосать, поднялась температура до 39°C. За два дня до этого увеличились грудные железы. При осмотре кожа в области правой грудной железы гиперемирована, отечная. Укажите наиболее вероятный диагноз:**  
рожистое воспаление  
\*гнойный мастит  
флегмона грудной стенки  
абсцесс грудной стенки
- 17. Укажите типичную локализацию флегмоны новорожденных:**  
околопупочная область  
передняя грудная стенка  
лицо  
\*задняя поверхность тела
- 18. У девочки 10 дней с момента рождения отмечается рвота фонтаном без желчи после каждого кормления. Проведение инфузионной терапии (физиологический раствор, солевые растворы) приводит к прекращению рвоты, затем через сутки рвота вновь повторяется. Какие данные внешнего осмотра помогут установить правильный диагноз:**  
увеличение молочных желез  
\*аномальное строение наружных гениталий  
увеличение размеров головы  
отечность кожи и подкожной клетчатки
- 19. Достоверно информативным методом для диагностики перфоративного перитонита у новорожденных является:**  
КТ  
МРТ  
лапароскопия  
\*рентгенография брюшной полости в вертикальном положении
- 20. Рациональный начальный метод лечения неосложнённой мекониальной непроходимости предусматривает:**  
двойную илеостомию по Микуличу

- энтеростомию, отмывание мёкония из просвета кишки  
\*высокую клизму с гастрографином (верографином) и ацетилцистеином  
подвесную илеостомию
- 21. У ребенка 10 дней появилась болезненная припухлость в пахово-мошоночной области, отек мягких тканей, гиперемия кожи. Яичко пропальпировать не удается. Выполнить УЗИ не представляется возможным. Тактика в данной клинической ситуации:**  
динамическое наблюдение  
пункция образования  
попытка «вправления» образования в брюшную полость  
\*экстренная операция - ревизия пахово-мошоночной области
- 22. Состояние новорожденного тяжелое. Одышка. Дыхание слева ослаблено. Перкуторно слева коробочный звук. На рентгенограмме слева увеличение прозрачности легкого с резким обеднением рисунка. В нижнем отделе слева треугольная тень, прилегающая к тени средостения. Средостение смещено вправо. Диагноз:**  
киста легкого  
\*лобарная эмфизема  
напряженный пневмоторакс  
агенезия легкого
- 23. При подозрении на эпифизарный остеомиелит показано:**  
назначение антибактериальной терапии, наблюдение  
\*диагностическая пункция сустава  
остеоперфорация  
остеопункция и измерение внутрикостного давления
- 24. Применение скелетного вытяжения при остром гематогенном остеомиелите у новорожденных показано при поражении:**  
дистального отдела бедренной кости  
\*проксимального отдела бедренной кости  
дистального отдела большеберцовой кости  
проксимального отдела большеберцовой кости
- 25. Бужирование неануса у ребенка после аноректопластики проводится в среднем:**  
2 – 3 месяца  
6 – 7 месяца  
8 - 9 месяца  
\*до 1 года
- 26. У новорожденных атрезия пищевода часто ассоциирует с синдромом:**  
Беквита - Видемана  
Казабах-Меррита  
Опица-Смита-Лемли  
\*VACTER ассоциацией
- 27. У новорожденных эмбриональная грыжа часто ассоциирует с синдромом:**  
\*Беквита - Видемана  
Казабах-Меррита  
Опица-Смита-Лемли  
VACTER ассоциацией
- 28. У новорожденных капошиформная гемангиоэндотелиома может ассоциировать с синдромом:**  
Беквита - Видемана  
\*Казабах-Меррита  
Опица-Смита-Лемли  
VACTER ассоциацией
- 29. Дайте оценку клиническим симптомам и тяжести состояния при атрезии пищевода:**  
тяжелая мышечная гипотония, дыхательная аритмия, брадикардия, судороги;

- \*в первые часы после рождения удовлетворительное, ухудшение связано с присоединением аспирационной пневмонии и эксикоза;  
с первых часов после рождения состояние тяжелое, стонущее дыхание, тахипное, тахикардия, цианоз;  
состояние тяжелое, ребенок беспокоен, сучит ножками, быстро прогрессирует интоксикация, вялость, адинамия, кожа землистого цвета.
- 30. Симптомом, позволяющим дифференцировать пареза Эрба от острого гематогенного остеомиелита проксимального отдела плечевой кости, является:**  
отсутствие активных движений  
\*отсутствие болезненности при сгибании - разгибании и во время ротационных движений  
болезненность при сгибании - разгибании и во время ротационных движений  
увеличение объема конечности
- 31. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверными для разлитого перитонита у новорожденного является:**  
лейкоцитоз  
рвота застойным отделяемым  
\*отек, гиперемия брюшной стенки  
Гипертермия
- 32. Какие из перечисленных пороков развития вызывают синдром дыхательных расстройств?**  
синдром Пьера- Робена  
атрезия хоан  
атрезия пищевода  
\*все перечисленное
- 33. Новорожденным с атрезией пищевода оперативное лечение в экстренном порядке показано при:**  
раннем (до 12 ч) сроке госпитализации в хирургический стационар;  
после предоперационной подготовки, сроки которой определяются видом атрезии наличием и тяжестью сопутствующих патологий органов и систем;  
\*широком нижнем ТПС и при дуоденальной непроходимости;  
тяжелом общем состоянии, обусловленном наличием выраженной ДН вследствие аспирационной пневмонии
- 34. Укажите клинические проявления экстрофии мочевого пузыря у новорожденных девочек:**  
отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки  
отсутствие передней стенки мочевого пузыря  
стриктура уретры, отсутствие передней стенки мочевого пузыря, передней брюшной стенки в надлобковой области  
\*отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки, передней стенки мочевого пузыря, расщепление клитора и влагалища
- 35. У новорожденного ребенка установлен диагноз декомпенсированной лобарной эмфиземы. Ему показано:**  
консервативная терапия  
\*экстренная операция  
наблюдение в динамике  
плановая операция
- 36. Внутренние органы брюшной полости при омфалоцеле покрыты: всем, кроме:**  
амнионом  
вартоновым студнем  
первичной брюшиной  
\*апоневрозом
- 37. Укажите один из перечисленных симптомов для каждого заболевания:**  
1) стридорозное дыхание на выдохе

- 2) обильные пенистые выделения изо рта и носа  
3) вздутие одной из половин грудной клетки  
4) асимметрия грудной клетки и западение живота  
а) диафрагмальная грыжа  
б) атрезия пищевода  
в) лобарная эмфизема  
г) трахеомалияция  
1-г, 2-б, 3-в, 4-а
- 38. 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
- 39. У новорожденного ребенка имеется тяжелая дыхательная недостаточность. На рентгенограмме напряженная киста правого легкого. Лечение больного включает:**  
пункцию кисты  
\*дренирование кисты  
радикальную операцию  
выжидательную тактику
- 40. У новорожденного имеется ранула, вызывающая асфиксию. В чем заключается первая помощь:**  
экстренная экстирпация образования  
выведение языка из ротовой полости и его фиксация снаружи  
\*пункция образования  
марсупиализация образования
- 41. Из перечисленных заболеваний чаще дифференцируют врожденный пилоростеноз:**  
с частичной высокой врожденной непроходимостью  
с коротким пищеводом  
с ахалазией пищевода  
\*с халазией пищевода
- 42. Количество врожденных пороков развития и хромосомных аномалий у новорожденных составляют:**  
1-2%  
\*3-5%  
2-4%  
6-10%
- 43. При подозрении на врожденную кишечную непроходимость у ребенка 2-х дневного возраста с целью уточнения диагноза произведено раздувание воздухом толстой кишки. Выявлено, что слепая кишка расположена в эпигастральной области. О какой причине можно думать в данной ситуации?**  
наличие aberrантного сосуда  
кольцевидная поджелудочная железа  
\*непроходимость вследствие незавершенного поворота средней кишки  
атрезия 12-перстной кишки
- 44. Какое заболевание протекает с характерной клиникой низкой врожденной кишечной непроходимости?**  
врожденный пилоростеноз  
атрезия 12-перстной кишки  
\*острая форма болезни Гиршпрунга  
синдром Дебре-Фибигера
- 45. Боковая инвертограмма новорожденного, страдающего атрезией заднего прохода, должна быть сделана через 18-24 час. для того, чтобы:**



подтвердить диагноз аноректальной атрезии  
обнаружить уровни в кишечнике  
определить объем и сроки предоперационной подготовки  
\*определить высоту аноректальной атрезии

46. У недоношенного новорожденного 2 суток жизни, перенесшего тяжелую асфиксию и реанимацию, внезапно состояние стало крайне тяжелым, появились резкое вздутие живота, рвота, одышка, тахикардия. Печеночная тупость не определяется. Вы провели рентгенологическое исследование. Дайте заключение:



\*перфорация полого органа, напряженный пневмоперитонеум  
опухоль брюшной полости  
низкая кишечная непроходимость  
высокая кишечная непроходимость

47. У новорожденного 2-х дневного возраста выражены явления эксикоза. Из анамнеза известно, что в 1-е сутки появилась рвота застойного характера, меконий не отходил. При проведении клизмы получено несколько слизистых комочков серого цвета. Живот "ладьевидной" формы, вздутие в эпигастральной области уменьшается после рвоты, при пальпации живот мягкий, безболезненный. При проведении пренатальной диагностики патологии не было выявлено. Ваш диагноз:

атрезия пищевода  
\*высокая полная кишечная непроходимость  
врожденный пилоростеноз  
мекониальная непроходимость  
острая форма болезни Гиршпрунга

48. Мальчик 21 день поступил по СМП отделение новорожденных.

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. Госпитализирован. 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. Тurgор 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 мест живота нет. Стул все дни скудный, последние два дня отсутствовал. Диурез снижен. Ваш предварительный диагноз:

халазия пищевода  
\*врожденный пилоростеноз  
пилороспазм

псевдопилоростеноз

- 49. На 6 сутки жизни у ребенка, перенесшего хроническую внутриутробную гипоксию, появилось резкое вздутие живота, частые срыгивания молоком с примесью желчи, рвота. Стул частый, с примесью слизи и крови. На обзорной рентгенограмме брюшной полости отмечается неравномерное газонаполнение кишечника с его резким расширением в дистальных отделах. Определяется пневматоз в виде множественных воздушных пузырьков, расположенных интрамурально. Назовите предполагаемый диагноз.**

врожденная низкая частичная кишечная непроходимость

острая форма болезни Гиршпрунга

\*некротический энтероколит

перфоративный перитонит

- 50. Наиболее рациональным положением новорожденного при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости в случае подозрения на непроходимость кишечника является:**

\*вертикальное

горизонтальное

на правом боку

на левом боку

**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.