

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:

ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович  
Должность: И.о. ректора  
Дата подписания: 28.01.2026 12:02:31  
Уникальный программный код:  
89bc0900301c561c0dcc38a48fe7de679484a4c  
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института хирургии  
Костиев Е.П. / 

« 18 » апреля 2025г. № 21

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### Дисциплины Б1.В.ДВ.01.01 Хирургия новорожденных

Специальность 31.08.16 Детская хирургия

Уровень подготовки ординатура

Направленность подготовки 02 Здравоохранение (в сфере  
детской хирургии)

Форма обучения очная

Срок освоения ООП 2 года

Институт хирургии

Владивосток – 2025

## **1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

**1.1. Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) 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 подготовки кадров высшей квалификации (программа ординатуры) по специальности 31.08.16 Детская хирургия, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности, врачебная практика в области детской хирургии универсальных и профессиональных компетенций (ПК-13).**

[https://tgmu.ru/sveden/files/aia/31.08.16\\_Detskaya\\_xirurgiya\(4\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/aia/31.08.16_Detskaya_xirurgiya(4).pdf)

## **2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

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

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

### **3. Содержание оценочных средств текущего контроля**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме:

Оценочное средство 1 – тесты

Оценочное средство 2 – миникейсы

#### **Оценочное средство 1**

##### **Тесты**

- 1. 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

- 2. К летальным синдромам относятся:**

Морфана

Нунан

\*Эдвардса

Дауна

Беквита-Видемана

- 3. При ультразвуковом исследовании плода атрезия пищевода должна быть заподозрена при:**

маловодии, микрогастрин или отсутствии визуализации желудка  
\*многоводии, микрогастрин или отсутствии визуализации желудка  
визуализации мегаэзофагии и маловодии  
визуализации "двойного пузыря" (doublebubble)  
маловодии

4. **Одним из дефектов неполной облитерации и редукции желточного протока является:**  
атрезия подвздошной кишки  
мекониевый илеус  
\*полный кишечный свищ  
внутренняя грыжа  
удвоение тонкой кишки
5. **Какой из перечисленных клинических признаков лобарной эмфиземы у новорожденного неверен:**  
\*притупление легочного звука при перкуссии грудной клетки на стороне поражения  
смещение средостения в здоровую сторону  
приступы цианоза  
 затрудненное дыхание  
коробочный звук при перкуссии грудной клетки на стороне поражения
6. **У ребенка первого месяца жизни отмечается отсутствие дыхания справа, тупость при перкуссии, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии правый главный бронх заканчивается слепо. Наиболее вероятный диагноз:**  
гипоплазия легкого;  
\*аплазия легкого;  
агенезия легкого;  
ателектаз;  
кистозная гипоплазия
7. **У новорожденного мальчика при осмотре промежности обнаружено отсутствие заднепроходного отверстия. При дальнейшем наблюдении отмечено, что из уретры выделяется моча с примесями мекония. Какое обследование необходимо выполнить для уточнения топики порока?**  
рентгенологическое исследование по Вангенстину  
\*рентгенологическое исследование с введением контрастного вещества в мочевой пузырь  
УЗИ  
рентгенологическое исследование кишечника с введением в него через зонд с контрастного вещества экскреторная урография
8. **Первыми клиническими симптомами синдрома Ледда у новорожденных является:**  
\*срыгивания и рвота со 3-5 суток жизни, примесь в рвотных массах сначала желчи, а потом "зелени", задержка отхождения мекония до 3-х и более суток, стул становится постепенно скучным, иногда в меконии может быть примесь крови, беспокойство ребенка;  
срыгивания и рвота с первых суток после рождения, вздутие, асимметрия живота, отсутствие стула;  
ухудшение состояния со 2 суток жизни, срыгивания, обильная рвота калового характера, прогрессирование симптомов интоксикации, вздутие и увеличение размеров живота, отсутствие самостоятельного стула;  
неусвоение кормлений, 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.

- 9. Метод боковой «cross-table» рентгенографии используется у новорожденных с целью диагностики:**  
атрезии тонкой кишки  
врожденного порока сердца  
дуоденальной непроходимости  
\*аноректальной мальформации  
острой формы болезни Гиршпрунга
- 10. Из всех перечисленных симптомов наиболее достоверным для разлитого перитонита у новорожденного является:**  
лейкоцитоз  
рвота застойным отделяемым  
\*отек, гиперемия брюшной стенки  
жидкий стул  
динамическая непроходимость
- 11. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахеопищеводного свища:**  
цианоз  
одышка  
\*запавший живот  
пенистые выделения изо рта  
хрипы при аусcultации легких
- 12. К этиопатогенетическим факторам развития НЭК у новорожденных не относятся:**  
асфиксия, черепно-мозговая травма, спинальная травма, осложнения род. акта, 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  
внутриутробная инфекция, сопутствующая патология со стороны бронхолегочной системы, как следствие респираторного дистресс синдрома и врожденных пороков сердца
- 13. Укажите клинические проявления экстрафии мочевого пузыря у новорожденных девочек:**  
отсутствие в надлобковой области передней брюшной стенки  
отсутствие передней стенки мочевого пузыря  
отсутствие задней стенки мочевого пузыря  
стректура 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
- 14. Среди перечисленных родовых повреждений костей наиболее часто имеет место:**  
перелом костей черепа  
\*перелом ключицы  
перелом бедра  
перелом плечевой кости в диафизе  
травматический эпифизеолиз плечевой кости
- 15. С целью исключения врожденного пилоростеноза при клинической картине**

**срыгиваний и рвоты у новорождённых и детей раннего грудного возраста в качестве первостепенного инструментального обследования рекомендовано проведение:**

обзорной рентгенографии органов брюшной полости

\*ультразвукового исследования пилорического отдела желудка

ФГДЭС

компьютерной томографии

рентгенологическое исследования желудка с контрастированием

**Критерии оценивания:**

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

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

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

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

### **Оценочное средство 2.**

Миникейсы

#### **Миникейс №1 дисциплины Б1.В.ДВ.01.01 Хирургия новорожденных**

<b>Вид</b>	<b>Код</b>	<b>Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи</b>
C	31.08.16	Детская хирургия
K	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
F	A/01.8 B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик 21 день доставлен СМП в приемное отделение к детскому хирургу. Анамнез заболевания. На 3 сутки жизни после рождения ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии. С 15 суток 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. Д Масса тела при рождении – 3100 г. Осмотр. Масса тела 2900. Ребенок беспокойный, кожные покровы, губы и слизистые полости рта сухие, тургор ткани снижен, родничок умеренно западает. Температура – 37,50C, пульс – 152в минуту, ЧД – 46 в мин. Живот выбухает в эпигастральной области, здесь же визуализируется перистальтика по типу «песочных часов», определяется «шум плеска». При пальпации живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Жидкости в отлогих местах живота нет. Стул все дни скучный, последние два дня отсутствовал. Мочеиспускания редкие.
B	1	Предварительный диагноз?
B	2	С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
B	3	Какие лабораторные исследования необходимо провести при данном заболевании и что Вы ожидаете?
B	4	Назовите диагностические критерии дополнительных инструментальных методов исследования для подтверждения диагноза.
B	5	Ваша тактика по лечению.
Э	1	Врожденный гипертрофический пилоростеноз, подострая форма, стадия декомпенсации. Гипотрафия 1 – 2 ст. Эксикоз 2 ст.
Э	2	Препилорическая мембрана, мембрана двенадцатиперстной кишки выше фатерова сосочка, халазия кардии, пилороспазм, псевдопилоростеноз (синдром Дебре–Фибигера).
Э	3	1. Развёрнутый клинический анализ крови - признаки сгущения крови (увеличение Ht, Eg, L) 2. Общий анализ мочи - высокий удельный вес 3. Биохимический анализ крови - билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин - могут быть повышенны, K+, Na+, Cl-, общий белок – понижены. 4. САСС - может быть снижение протромбинового индекса, фибриногена. 5. Анализ газового состава крови - метаболический алкалоз: pH >7,45 и более,

		концентрация бикарбоната превышает 28 ммоль/л.
Э	4	<p>1. УЗИ пилорического отдела желудка. Критерии: утолщение стенок пилорического отдела желудка более 3 мм, его протяженность более 14 мм, сужение пилорического канала до 1-2 мм.</p> <p>2. Фиброззофагогастроскопия. Критерии: резкое сужение пилорического отдела желудка, при инсулфляции воздухом расширить его не удается, складки в области привратника ригидные и перекрывают его просвет.</p> <p>3. Рентгеноконтрастное исследование в прямой и боковой проекциях. Критерии: симптом суженного привратника, симптомы «плечиков» и «центрального клюва», сегментирующая перистальтика желудка, значительное замедление первичной эвакуации контрастного вещества из желудка задержка контрастного вещества в желудке до 24 часов.</p>
Э	5	<p>1. Госпитализация в детское хирургическое отделение по экстренным показаниям с лечебно-диагностической целью.</p> <p>2. Предоперационная подготовка (в течение суток):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- назначение энтеральной паузы</li> <li>- постоянное дренирование желудка с целью профилактики аспирации содержимого</li> <li>- внутривенная инфузционная терапия для коррекции водно – электролитных и метаболических нарушений</li> <li>- контроль диуреза (не менее 2 мл/кг/час)</li> <li>- предоперационная антибиотикопрофилактика за 30 мин. до операции</li> </ul> <p>3. Операция пилоротомия по Фреде-Рамштедту-Веберу (открытым или лапароскопическим доступом).</p> <p>Длительность стационарного лечения зависит от степени гипотрофии и выраженности электролитных нарушений.</p> <p>4. Реабилитация: - в специфической реабилитации не нуждается.</p> <p>5. Профилактика и диспансерное наблюдение: после операции по поводу пилоростеноза рекомендовано наблюдение детского хирурга в течение 1 месяца.</p> <p>6. Исход и прогноз заболевания благоприятные.</p>
P2	Отлично	Ответ полный, отражены необходимые знания и умения в решении профессиональных задач по диагностике и лечению хирургической патологии у новорожденных, владеет профессиональной терминологией, логикой и анализом клинической ситуации.
P1	Хорошо/ Удовлетворите льно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не исказжающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
P0	Неудовлетвори тельно	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
A	Ф.И.О. автора- составителя	Марухно Н.И.

### **Миникейс №2 дисциплины Б1.В.ДВ.01.01 Хирургия новорожденных**

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.16	Детская хирургия
K	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	A/01.8 B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		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 (фото).

		
B	1	Интерпретируйте данные рентгенограммы
B	2	Ваш диагноз
B	3	Лечебной тактика
B	4	Назовите обязательные условия предоперационной подготовки.
B	5	Критерии эффективности предоперационной подготовки
Э	1	Изменения на рентгенограмме соответствуют напряженному пневмoperитонеуму (наличие уровня жидкости и свободного газа в брюшной полости в большом количестве).
Э	2	Некротический гастрит, энтероколит. Осложнения: перфорация полого органа (с большей вероятностью желудка), напряженный пневмoperитонеум.
Э	3	1. Предоперационная подготовка в условиях ОАРИТ 2. Экстренное оперативное вмешательство - лапаротомия.
Э	4	Обязательными манипуляциями в период предоперационной подготовки: а) ИВЛ б) декомпрессия желудка с помощью зонда в) катетеризация мочевого пузыря – учет диуреза г) мониторинг витальных функций в) незамедлительно провести лапароцентез, дренирование брюшной полости, что способствует декомпрессии брюшной полости и предупреждению развития абдоминального компартмент-синдрома. г) инфузционная терапия – коррекция гиповолемии д) антибиотики широкого спектра действия
Э	5	а) восстановление темпа диуреза (не менее 2,0 мл/кг в час), б) наличие пульса на периферических артериях, в) нормализация показателей АД и насыщения крови кислородом ( $SpO_2$ 90–94%).
P2	Отлично	Ответ полный, отражены необходимые знания и умения в решении профессиональных задач по диагностике и лечению хирургической патологии у новорожденных, владеет профессиональной терминологией, логикой и анализом клинической ситуации.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не исказжающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
P0	Неудовлетворительн о	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
A	Ф.И.О. автора- составителя	Марухно Н.И.

### Миникейс №3 дисциплины Б1.В.ДВ.01.01 Хирургия новорожденных

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.16	Детская хирургия
K	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	A/01.8 B/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	A/08.8 B/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>

У		<p>У новорожденного с первых часов после рождения отмечено нарастание клиники синдрома дыхательных расстройств.</p> <p>При осмотре ребенок вялый, крик слабый, выражен цианоз лица и конечностей, одышка до 80 в мин., дыхание затрудненное, поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры, пульс 180 ударов в мин. сатурация кислорода 88%.</p> <p>Определяется асимметрия грудной клетки за счет увеличения ее левой половины. Слева при перкуссии тимпанит, дыхание не выслушивается. Сердечная тупость смещена вправо. Живот небольших размеров, вдавший, безболезненный. Меконий не отходил.</p>
B	1	Наиболее вероятный диагноз в данной ситуации и что на него указывает по условию задачи?
B	2	С какими заболеваниями и пороками развития необходимо проводить дифференциальную диагностику с учетом условия задачи?
B	3	Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза в первую очередь? Критерии диагностики?
B	4	Лечебно-диагностическая ведения на уровне родильного дома? Условия транспортировки?
B	5	Лечебно-диагностическая тактика на этапе оказания специализированной помощи.
Э	1	Левосторонняя диафрагмальная грыжа. Вдавший живот небольших размеров.
Э	2	Напряженный пневмоторакс, напряженная киста легкого, врожденная лобарная эмфизема, кистоаденоматоз левого легкого.
Э	3	<p>1. а) обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости. б) перед исследованием завести зонд в желудок.</p> <p>2. Критерии:</p> <p>а) кольцевидные или ячеистые просветления по всей пораженной половине грудной клетки, б) изменчивость их форм и положения в динамике, в) резкое смещение органов средостения, г) визуализация зонда в смещенном в грудную клетку желудке д) контур грыжевого мешка при истинных грыжах</p> <p>3. В сомнительных случаях следует завести через зонд водорастворимое контрастное вещество.</p>
Э	4	<p>а) зонд в желудок с целью декомпрессии б) интубация трахеи, перевод на ИВЛ в) венозный доступ, профилактика геморрагического синдрома г) введение антибиотика д) организация перевода ребенка в детский хирургический стационар в экстренной форме</p>
Э	5	<p>а) предоперационная подготовка в ОАРИТ, направленная на коррекцию нарушений кислотно-основного, газового состава крови, снижение легочной гипертензии; б) комплексное лабораторное и инструментальное обследование, включая УЗИ сердца, почек, головного мозга; в) после стабилизации состояния проводится оперативное лечение: низведение органов в брюшную полость, ушивание отверстия в диафрагме абдоминальным или торакальным доступами открыто либо эндоскопически.</p>
P2	Отлично	Ответ полный, отражены необходимые знания и умения в решении профессиональных задач по диагностике и лечению хирургической патологии у новорожденных, владеет профессиональной терминологией, логикой и анализом клинической ситуации.
P1	Хорошо/ удовлетворительно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не исказжающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
P0	Неудовлетворительно	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
A	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И.

#### 4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

Оценочное средство 1 – тесты

## **Оценочное средство 1**

### **Тесты**

- 1.** При антенатальном ультразвуковом исследовании визуализация "двойного пузыря" (doublebubble) у плода указывает:  
\*на врожденную непроходимость на уровне 12-перстной кишки  
на врожденную непроходимость на уровне желудка  
на врожденную непроходимость на уровне тонкой кишки  
на врожденную непроходимость на уровне толстой кишки  
является вариантом нормы
- 2.** Проведена обзорная рентгенограмма органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного. Дайте заключение:



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

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



- омфалоцеле малых размеров  
омфалоцеле средних размеров  
омфалоцеле больших размеров  
омфалоцеле, осложненное разрывом оболочек  
\*гастрошизис

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



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

атрезия пищевода с верхним и нижнем трахеопищеводным свищом  
атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с частичной дуоденальной непроходимостью

5. 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  
левосторонняя деструктивная пневмония

6. 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?
- врожденный порок сердца  
лобарная эмфизема  
родовая травма головного мозга  
\*ложная левосторонняя диафрагмальная грыжа  
кистозно-аденоматозная трансформация левого легкого

7. При проведении УЗИ у ребенка 3-х недель с рвотой створоженным молоком визуализировано утолщение стенки пилорического канала до 4,5 мм, протяженность пилорического канала до 2 см, сужение пилорического канала до 2 мм. Для какой патологии характерны подобные изменения:
- удвоение желудка  
кистозное удвоение 12-перстной кишки  
пилороспазму  
\*врожденному гипертрофическому пилоростенозу  
по представленным данным нельзя сделать заключение

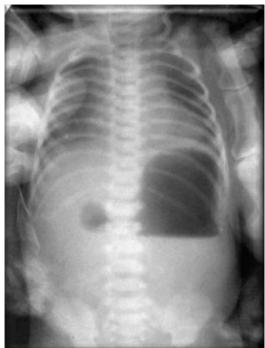
8. У новорожденного ребенка к концу первых суток рвота застойного характера. Сделайте заключение по результатам рентгенологического обследования:



высокая частичная врожденная кишечная непроходимость  
\*высокая полная врожденная кишечная непроходимость  
низкая полная тонкокишечная врожденная непроходимость  
низкая полная толстокишечная врожденная непроходимость

врожденная непроходимость на уровне желудка

9. У новорожденного ребенка к концу первых суток рвота застойного характера. Вы провели рентгенологическое обследование. Достаточно ли его результатов в данной клинической ситуации, чтобы поставить диагноз и показания к оперативному вмешательству по основной патологии:



дополнительно провести исследование пассажа рентгеноконтрастного вещества по ЖКТ

\*достаточно обзорной рентгенографии брюшной полости с наличием патогномоничного симптома "double-buble"

дополнительно провести инвертограмму по Вангенстину

дополнительно провести ФГДЭС

дополнительно провести ирригографию

10. Основные правила для выполнения ирриграмммы 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 объемом не более 60 мл;

ирригография выполняется водорастворимым контрастным веществом в разведении (1:1) в объеме 50 мл под контролем рентгенологического экрана;

ирригография выполняется водорастворимым контрастом с тугим наполнением, в двух проекциях с контрольной рентгенографией после опорожнения кишечника

11. У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скучный, а через несколько часов совсем исчез. Ребенок беспокоен, сучит ножками, отказывается от еды, глаза страдальческие, кожа с мраморностью. При осмотре живот немного вздут в эпигастральной области, болезнен при пальпации. Наиболее вероятный диагноз: пилоростеноз

частичная высокая кишечная непроходимость

низкая кишечная непроходимость

\*синдром Ледда

инвагинация кишечника

12. Определение соответствия:

**Заболевания:**

1. Диафрагмальная грыжа
2. Атрезия пищевода
3. Лобарная эмфизема
4. Трахеомалляция
5. Инородное тело трахеи

**Симптомы:**

- а) стридорозное дыхание на выдохе
  - б) обильные пенистые выделения изо рта и носа
  - в) асимметрия грудной клетки и западение живота
  - г) вздутие одной из половин грудной клетки
  - д) хлопающий звук при дыхании
- 1 – в, 2 – б, 3 – г, 4 – а, 5 – д

13. 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

высокая врожденная кишечная непроходимость

14. Детский хирург при консультировании беременной, у плода которой по данным УЗИ выявлены признаки дуоденальной непроходимости или атрезии пищевода, рекомендует:

прерывание беременности

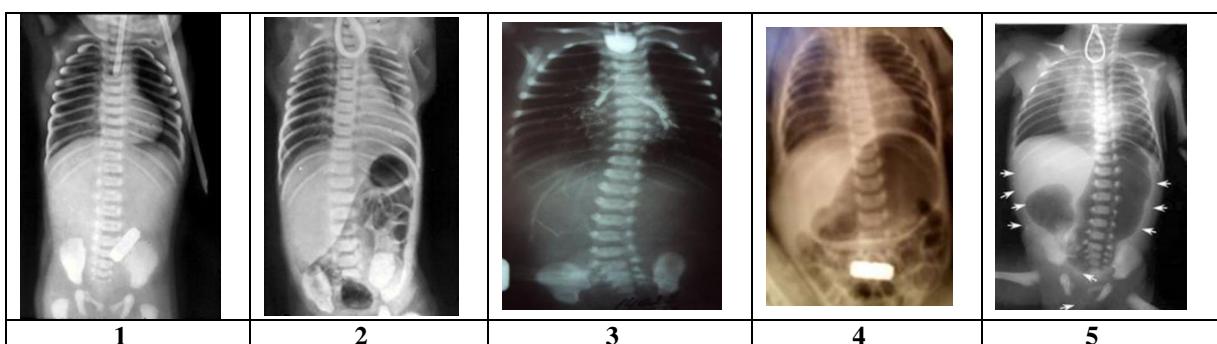
\*ЭХОКГ

наблюдение в динамике

\*инвазивную пренатальную диагностику с целью исключения хромосомных аномалий

пролонгирование беременности

15. Проведена обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости у новорожденного. Дайте заключение:



- a) атрезия пищевода без трахеопищеводного свища  
б) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищем  
в) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем  
г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищем в сочетании с полной дуоденальной непроходимостью  
д) атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищем  
1 – а, 2 – в, 3 – б, 4 – д, 5 - г

Критерии оценивания:

«зачтено» - 71% и более правильных ответов

«не зачтено» - менее 71% правильных ответов

## Оценочное средство 2.

Миникейсы

### Миникейс 1

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
C	31.08.16	Детская хирургия
K	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	A/01.8 B/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	A/08.8 B/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		У новорожденного 2-х дневного возраста выражены явлениями эксикоза. Из анамнеза известно, что в 1-е сутки появилась рвота застойного характера, меконий не отходил. При проведении клизмы получено несколько слизистых комочеков 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. Ребенок переведен в детский хирургический стационар.

В	1	Предварительный диагноз? Причины.
В	2	Дополнительные методы обследования, которые позволяют уточнить диагноз. Критерии диагностики.
В	3	Лечебно-диагностическая тактика
В	4	Какие изменения при проведении пренатальной ультразвуковой диагностики должны были быть визуализированы при данном дефекте развития, и в какие сроки беременности?
В	5	Тактика детского хирурга на этапе пренатального консультирования при данном пороке развития.
Э	1	Брожденная высокая кишечная непроходимость (ВВКН). С большой вероятностью полная. На это указывает рвота застойным содержимым уже в первые сутки после рождения, отсутствие мекония, слизистые комочки серого цвета, полученные при клизме, что характерно для полной непроходимости ниже фатерова сосочка. Причина – атрезия 12-перстной кишки ниже фатерова сосочка.
Э	2	Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении. При полной ВВКН – два газовых пузыря и два уровня жидкости, соответствующих желудку и 12-перстной кишке, остальные отделы живота «немые». При полной ВВКН обследование заканчивается.
Э	3	Госпитализация в ОАРИТ. Кормление отменяется. Зонд в желудок, катетеризация мочевого пузыря, венозный доступ. Проводится комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включая рентгенографию органов грудной клетки, ЭХО КГ (частое сочетание с ВПС), нейросонографию, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, консультацию неонатолога и других специалистов по показаниям. Предоперационная подготовка: коррекция водно-электролитных и метаболических нарушений, воспалительного синдрома при его наличии, парентеральное питание. Показана лапаротомия, наложение дуодено-дуоденального анастомоза, а при невозможности – обходной анастомоз между двенадцатиперстной и тощей кишкой на короткой петле.
Э	4	Порок должен быть диагностирован пренатально при УЗИ плода на 18 – 20 нед. беременности. УЗИ маркеры: расширенные и заполненные жидкостью желудок и двенадцатиперстная кишка – симптом «двойного пузыря» («double-bubble»). Косвенный признак – многоводие.
Э	5	Родителям разъяснить суть порока у плода, сроки и способы хирургического лечения, определить риски по хромосомной патологии, множественным ВПР, летальности, инвалидности, прогноз для здоровья и жизни ребенка. Дополнительно назначить ЭХО КГ, пренатальную инвазивную диагностику (частое сочетание с болезнью Дауна и ВПС). При отсутствие множественных ВПР, N кариотипе – пролонгирование беременности. При наличии – информировать о возможности прерывания беременности в сроки до 22 нед. После 22 нед. беременность сохраняется.
Р	Зачтено	Указано более трех дескрипторов правильного ответа.
Р0	Не засчитано	Указан менее трех или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
А	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

## Миникейс 2

Вид	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.16	Детская хирургия
К	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	A/01.8 B/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	A/08.8 B/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Новорожденный 3-х недель жизни (мальчик по регистрационным документам) поступил в хирургическое отделение с синдромом рвоты, с выраженным

		явлениями эксикоза, гипотрофии II степени. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения имели место срыгивания, в течение последних трех дней отмечается упорная обильная рвота молоком, иногда с примесью желчи, не связанная с приемами пищи. При осмотре: масса тела снижена, живот обычной формы, полиурия на фоне выраженных симптомов обезвоживания, периодически разжиженный стул. Имеются патологические изменения наружных половых органов: гипоспадический член, расположенный между двумя губно-мошоночными складками, яички не пальпируются. В родильном доме выставлен диагноз гипоспадия в сочетании с крипторхизом. Скрининг неврожденного на наследственные заболевания не проведен.
B	1	Ваш предварительный диагноз?
B	2	С какими заболеваниями и врожденными пороками развития необходимо дифференцировать данную патологию
B	3	Какие клинические симптомы, указанные в задании, позволяют думать прежде всего о данной патологии
B	4	Диагностическая тактика на этапе дифференциальной диагностики. Критерии диагностики.
B	5	Были ли допущены тактические ошибки на этапе родильного дома, на участке? Какие?
Э	1	Врожденная дисфункция коры надпочечников, сольтеряющая форма. Синоним: адреногенитальный синдром, Синдром Дебре – Фибигера (псевдопилоростеноз). Врожденная дисфункция коры надпочечников (ВГКН, адреногенитальный синдром, код МКБ10 — E25) — группа аутосомно-рецессивных наследственных болезней, обусловленных генетическими дефектами ферментов и транспортных белков стероидогенеза. Главное звено патогенеза всех форм врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) — нарушение синтеза кортизола
Э	2	С врожденным гипертрофическим пилоростенозом, с пилороспазмом, с высокой частичной кишечной непроходимостью
Э	3	Рвота не связана с приемом пищи, иногда с примесью желчи, полиурия, периодически разжиженный стул, аномально развитые наружные половые органы.
Э	4	С целью диагностики и дифференциальной диагностики необходимо провести: дополнительное целевое обследование: 1) обзорная рентгенография органов брюшной полости (отсутствие двух уровней, характерных для врожденной высокой непроходимости, в том числе и частичной) 2) ФГДС (исключаем нарушение проходимости пилорического, 12-перстной кишки) 3) УЗИ органов брюшной полости (выявление сопутствующей патологии) 4) УЗИ надпочечников (увеличение надпочечников при АГС) 5) УЗИ тазовых органов (нарушении половой дифференцировки – необходимо визуализировать матку) 6) Исследование электролитов крови (калий, натрий, хлор) Ожидаемые результаты: гипонатриемия, гиперкалиемия. 7) Уровень сахара в крови (возможна гипогликемия) 8) Определение КЩС крови (метаболический ацидоз) 8) Определение кортизола (снижен), альдостерона (снижен) и 17-гидроксипрогестерона ( повышен). 9) Определение кариотипа 10) Консультации специалистов: эндокринолога, генетика, детского уролога–андролога.
Э	5	В родильном доме не проведен скрининг на наследственные заболевания, в который входит адреногенитальный синдром. Не выполнен он также на амбулаторном этапе наблюдения. Неверно выставлен диагноз гипоспадии и крипторхизма. У новорожденного с аномально развитыми наружными половыми органами должен быть установлен генетический пол, т. е. необходимо было провести кариотипирование. При наличии подобных изменений, указанных в задание, высокая вероятность, что по генотипу это девочка с вирилизацией наружных половых органов. Не проведена консультация генетика, детского уролога – андролога, гинеколога, эндокринолога. Кроме того, все новорожденные с признаками нарушения половой дифференцировки должны тщательно наблюдаваться в плане

		возможного развития симптомов солтерящей формы ВДКН и своевременно обследованы эндокринологом.
P	Зачтено	Указано более трех дескрипторов правильного ответа.
P0	Не зачтено	Указан менее трех или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
A	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

### ***Миникейс 3***

<b>Вид</b>	<b>Код</b>	<b>Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи</b>
C	31.08.16	Детская хирургия
K	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	A/01.8 B/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	A/08.8 B/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
I		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		В условиях районной больницы родился мальчик в сроки 37 недель, с оценкой по шкале Апгар 7 баллов, с массой тела 3000 г. Беременность у матери ребенка четвертая, роды вторые, на учете в женской консультации не состояла, скрининг УЗИ не проводился. При осмотре у новорожденного в средней трети живота имеется студневидное образование в виде полушария, размерами 11,0 x 12,0 x 8,0 см, от которого отходит пупочный канатик. Через оболочки просвечиваются петли кишок и печень.
B	1	Ваш диагноз? В какие сроки антенатального развития плода должен быть поставлен этот диагноз?
B	2	Дайте классификацию этого дефекта развития.
B	3	Неотложная лечебная тактика на этапе родильного дома.
B	4	Условия транспортировки.
B	5	Принципы лечения при данном дефекте развития и их обоснованность.
Э	1	1. Омфалоцеле больших размеров. 2. Диагностика омфалоцеле возможна с 13–14-й недели внутриутробного развития.
Э	2	- по размерам: малые – в оболочках петли кишки (до 5 см) средние - в оболочках петли кишечника (до 10 см) большие - в оболочках кишечные петли и печень (более 10 см) - по состоянию грыжевых оболочек: неосложненные (неизмененные грыжевые оболочки); осложненные (разрыв оболочек, гнойное их расплавление, кишечные свищи, перитонит)
Э	3	1. Сразу после постановки диагноза в родильном зале проводят первичную обработку ребенка по установленным правилам. 2. Обработать оболочки грыжи 1% спиртовым раствором йодистого калия или 10% раствором povidone-iodine (бетадином). 3. Омфалоцеле погружают в стерильный пластиковый пакет и покрывают снаружи большой ватно-марлевой повязкой. 3. В целях декомпрессии устанавливается широко просветный (Ch № 8) назогастральный или орогастральный зонд. 4. Для в/в введений препаратов необходимо выполнить пункцию и катетеризацию периферической вены. 5. Ребенка помещают в кувез с температурой воздуха в нем 37 °C и влажностью, приближенной к 100%. 6. Посиндромная терапия + антибактериальная терапия + профилактика геморрагического синдрома. 7. Медицинская эвакуация ребенка в специализированное медицинское учреждение должна осуществляться в короткие сроки после рождения.
Э	4	Транспортировка новорожденных с омфалоцеле осуществляется в транспортном кувезе с температурой воздуха в нем 37 °C и влажностью, приближенной к 100%, с открытым желудочным зондом, в положении лежа на боку, в сопровождении врача неонатолога-реаниматолога. Машина должна быть оборудована следящей системой для контроля за жизненно важными

		функциями и возможностью проведения ИВЛ в случае необходимости.
Э	5	<p>Лечение новорожденных с омфалоцеле может быть хирургическим или консервативным.</p> <p>Выбор метода лечения зависит от размеров эмбриональной грыжи и степени висцеро-абдоминальной диспропорции.</p> <p>Хирургические:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки (ГПК малых и средних размеров, редко и больших размеров);</li> <li>2. Этапное хирургическое лечение: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 этап - силопластика временное использование пластикового резервуара, который подшивается к краям фасциального дефекта с последующим постепенным уменьшением объема грыжевого образования с помощью мануальной компрессии;</li> <li>- 2 этап – радикальная пластика через 7-9 суток.</li> </ul> </li> <li>3. Консервативное лечение (при огромных грыжах пупочного канатика или при их сочетании с множественными тяжелыми пороками развития) - оболочки грыжи несколько раз в сутки обрабатывают дубящими растворами (5% раствор перманганата калия), добиваясь образования плотной корки, под которой постепенно формируется рубец иentralная грыжа.</li> </ol> <p>Заключительный этап – радикальная пластика передней брюшной стенки.</p>
P	Зачтено	Указано более трех дескрипторов правильного ответа.
P0	Не зачтено	Указан менее трех или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
A	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

## 5. Критерии оценивания результатов обучения

«**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.

«**Не зачтено**» выставляется обучающемуся, если при ответе 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.