Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 12.10.2026 15:06:41
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института
_____ / Костив Е.П. /
«25» июня 2026г.

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 – 2026

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 по специальности 31.08.16 Детская хирургия, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности, врачебная практика в области детской хирургии универсальных и профессиональных компетенций

https://tgmu.ru/sveden/files/ziq/31.08.16_Detskaya_xirurgiya.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, микрогастрии или отсутствии визуализации желудка
   *многоводии, микрогастрии или отсутствии визуализации желудка
   визуализации мегацистика 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 скудным, иногда в мекониии 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 аускультации 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
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

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

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	А/01.8 В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
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 – 37,50С, 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 скудный, последние два дня отсутствовал. Мочеиспускания редкие.
В	1	Предварительный диагноз?
В	2	С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
В	3	Какие лабораторные исследования необходимо провести при данном заболевании и что Вы ожидаете?
В	4	Назовите диагностические критерии дополнительных инструментальных методов исследования для подтверждения диагноза.
В	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. Развернутый клинический анализ крови - признаки сгущения крови (увеличение Ht, Er, L) 2. Общий анализ мочи - высокий удельный вес 3. Биохимический анализ крови - билирубин, АСТ, АЛТ, мочевина, креатинин - могут быть повышены, К+, 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	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. 2. Фиброэзофагогастроскопия. Критерии: резкое сужение пилорического отдела желудка, при инсуфляции воздухом расширить его не удается, складки в области привратника ригидные и перекрывают его просвет. 3. Рентгеноконтрастное исследование в прямой и боковой проекциях. Критерии: симптом суженного привратника, симптомы «плечиков» и «антрального клюва», сегментирующая перистальтика желудка, значительное замедление первичной эвакуации контрастного вещества из желудка задержка контрастного вещества в желудке до 24 часов.
Э	5	1. Госпитализация в детское хирургическое отделение по экстренным показаниям с лечебно-диагностической целью. 2. Предоперационная подготовка (в течение суток): - назначение энтеральной паузы - постоянное дренирование желудка с целью профилактики аспирации содержимого - внутривенная инфузионная терапия для коррекции водно – электролитных и метаболических нарушений - контроль диуреза (не менее 2 мл/кг/час) - предоперационная антибиотикопрофилактика за 30 мин. до операции 3. Операция пилоротомия по Фреде-Рамштедту-Веберу (открытым или лапароскопическим доступом). Длительность стационарного лечения зависит от степени гипотрофии и выраженности электролитных нарушений. 4. Реабилитация: - в специфической реабилитации не нуждается. 5. Профилактика и диспансерное наблюдение: после операции по поводу пилоростеноза рекомендовано наблюдение детского хирурга в течение 1 месяца. 6. Исход и прогноз заболевания благоприятные.
Р2	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.
Р1	Хорошо/ Удовлетворительно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
Р0	Неудовлетворительно	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
А	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**
С	31.08.16	Детская хирургия
К	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	А/01.8 В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
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).

		
В	1	Интерпретируйте данные рентгенограммы
В	2	Ваш диагноз
В	3	Лечебной тактика
В	4	Назовите обязательные условия предоперационной подготовки.
В	5	Критерии эффективности предоперационной подготовки
Э	1	Изменения на рентгенограмме соответствуют напряженному пневмоперитонеуму (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 пневмоперитонеум.
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) инфузионная 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 (SpO2 90–94%).
Р2	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.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
Р0	Неудовлетворительно	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
А	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**
С	31.08.16	Детская хирургия
К	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	А/08.8 В/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

У		У новорожденного с первых часов после рождения отмечено нарастание клиники синдрома дыхательных расстройств. 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%. Определяется асимметрия грудной клетки за счет увеличения ее левой половины. Слева при перкуссии тимпанит, дыхание не выслушивается. Сердечная тупость смещена вправо. Живот небольших размеров, впавший, безболезненный. Меконий не отходил.
В	1	Наиболее вероятный диагноз в данной ситуации и что на него указывает по условию задачи?
В	2	С какими заболеваниями и пороками развития необходимо проводить дифференциальную диагностику с учетом условия задачи?
В	3	Какое исследование необходимо провести для подтверждения диагноза в первую очередь? Критерии диагностики?
В	4	Лечебно-диагностическая ведения на уровне родильного дома? Условия транспортировки?
В	5	Лечебно-диагностическая тактика на этапе оказания специализированной помощи.
Э	1	Левосторонняя диафрагмальная грыжа. Впавший живот небольших размеров.
Э	2	Напряженный пневмоторакс, напряженная киста легкого, врожденная лобарная эмфизема, кистоаденоматоз левого легкого.
Э	3	1. а) обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости. б) перед исследованием завести зонд в желудок. 2. Критерии: 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 3. В сомнительных случаях следует завести через зонд водорастворимое контрастное вещество.
Э	4	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
Э	5	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.
Р2	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.
Р1	Хорошо/ удовлетворительно	Хорошо – ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - допущены неточности и ошибки в ответе.
Р0	Неудовлетворительно	Допущены множественные ошибки принципиального характера.
А	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 нижнем 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:**

арезия 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:**

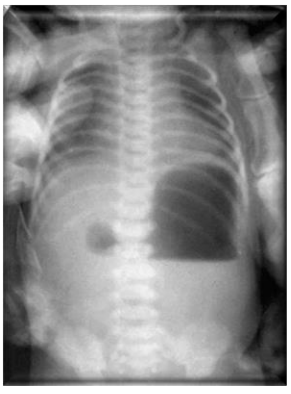


поликистоз левого легкого
левосторонняя лобарная эмфизема
*ложная диафрагмальная грыжа слева
декстрокардия
левосторонняя деструктивная пневмония

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

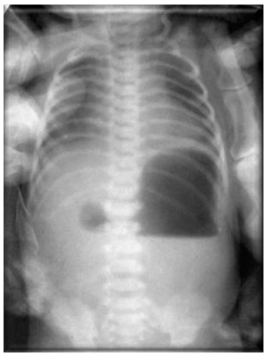
8. **У новорожденного ребенка к концу первых суток рвота застойного характера. Сделайте заключение по результатам рентгенологического обследования:**



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 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 объемом не более 60 мл;
ирригография выполняется водорастворимым контрастным веществом в разведении (1:1) в объеме 50 мл под контролем рентгенологического экрана;
ирриграфия выполняется водорастворимым контрастом с тугим наполнением, в двух проекциях с контрольной ренгенографией после опорожнения кишечника

11. **У ребенка, выписанного из родильного дома на 5 сутки жизни, к вечеру появилась рвота с примесью желчи, стул скудный, 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. Трахеомаляция
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:**

				
1	**2**	**3**	**4**	**5**

а) атрезия пищевода без трахеопищеводного свища
б) атрезия пищевода с верхним трахеопищеводным свищом
в) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом
г) атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом в сочетании с полной дуоденальной непроходимостью
д) атрезия пищевода с широким нижним трахеопищеводным свищом
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
С	31.08.16	Детская хирургия
К	ПК-13	готовностью к диагностике хирургической патологии у новорожденных
Ф	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	А/08.8 В/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
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 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. Ребенок переведен в детский хирургический стационар.

В	1	Предварительный диагноз? Причины.
В	2	Дополнительные методы обследования, которые позволят 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	Врожденная высокая кишечная непроходимость (ВВКН). С большей 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-дуаденального 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 зачтено	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	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	А/08.8 В/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Новорожденный 3-х недель жизни (мальчик по регистрационным документам) поступил в хирургическое отделение с синдромом рвоты, с выраженными

		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. Имеется 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 крипторхизмом. Скрининг неврождённого на наследственные заболевания не проведен.
В	1	Ваш предварительный диагноз?
В	2	С какими заболеваниями и врожденными пороками развития необходимо дифференцировать данную патологию
В	3	Какие клинические симптомы, указанные в задании, позволяют думать прежде всего о данной патологии
В	4	Диагностическая тактика на этапе дифференциальной диагностики. Критерии диагностики.
В	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 — Е25) — 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 кариотипироние. 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 наблюдаться в плане

		возможного развития симптомов сольтеряющей формы ВДКН и своевременно обследованы эндокринологом.
Р	Зачтено	Указано более трех дескрипторов правильного ответа.
Р0	Не зачтено	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 3

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	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	А/08.8 В/04.8	оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
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 х12,0 х 8,0 см, от которого отходит пупочный канатик. Через оболочки просвечивают петли кишок и печень.
В	1	Ваш диагноз? В какие сроки антенатального развития плода должен быть поставлен этот диагноз?
В	2	Дайте классификацию этого дефекта развития.
В	3	Неотложная лечебная тактика на этапе родильного дома.
В	4	Условия транспортировки.
В	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 °С 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 °С 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	Лечение новорожденных с омфалоцеле может быть хирургическим или консервативным. Выбор метода лечения зависит от размеров эмбриональной грыжи и степени висцеро-абдоминальной диспропорции. Хирургические: 1. Первичная радикальная пластика передней брюшной стенки (ГПК малых и средних размеров, редко и больших размеров); 2. Этапное хирургическое лечение: - 1 этап - силопластика временное использование пластикового резервуара, который подшивается к краям фасциального дефекта с последующим постепенным уменьшением объема грыжевого образования с помощью мануальной компрессии; - 2 тап – радикальная пластика через 7-9 суток. 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 и вентральная грыжа. Заключительный этап – радикальная пластика передней брюшной стенки.
Р	Зачтено	Указано более трех дескрипторов правильного ответа.
Р0	Не зачтено	Указан менее трех или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.
А	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.