

Программа сертификационного курса

Паспорт программы

Наименование организации образования и науки, разработчика образовательной программы	НАО «Западно - Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова» Свидетельство об институциональной аккредитации от 14.05.2024 года на 5 лет (14.05.2024 – 04.04. 2029 г.г.)
Вид дополнительного образования (повышение квалификации/ сертификационный курс/мероприятие неформального образования)	Сертификационный курс
Наименование программы	Неонатальная хирургия
Наименование специальности и (или) специализации (в соответствии с Номенклатурой специальностей и специализаций)	Специальность: Детская хирургия. Детская хирургия (комбустиология, колопроктология, абдоминальная хирургия, торакальная хирургия, эндоскопия по профилю основной специальности, ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности). Детская хирургия (трансплантология по профилю основной специальности). Детская хирургия (Травматолог ортопед детский, Торакальный хирург детский, Уролог андролог детский). Специализация: Неонатальная хирургия
Уровень образовательной программы (базовый, средний, высший, специализированный)	Базовый
Уровень квалификации по ОРК	7
Требования к предшествующему уровню образовательной программы	Специалисты с высшим медицинским образованием. Врачи по специальностям: Детская хирургия. Детская хирургия (комбустиология, колопроктология, абдоминальная хирургия, торакальная хирургия, эндоскопия по профилю основной специальности, ультразвуковая диагностика по профилю основной специальности). Детская хирургия (трансплантология по профилю основной специальности). Детская хирургия (Травматолог ортопед детский, Торакальный хирург детский, Уролог андролог детский).
Продолжительность программы в кредитах(часах)	24 кредита (720ак.часов)
Язык обучения	Казахский /русский
Формат обучения	Очный
Присваиваемая квалификация по специализации (сертификационный курс)	Врач хирург - неонатолог
Документ по завершению обучения (свидетельство о сертификационном курсе, свидетельство о повышении квалификации)	Свидетельство о сертификационном курсе с приложением (транскрипт)
Полное наименование организации экспертизы	Комитет детской хирургии УМО направления подготовки «Здравоохранение»

	протокол 3, от 10.12.2024 г.
Дата составления экспертного заключения	06.12.2024г.
Срок действия экспертного заключения	3 года

Нормативные ссылки для разработки программы сертификационного курса:

1. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020 «Об утверждении правил дополнительного и неформального образования специалистов в области здравоохранения, квалификационных требований к организациям, реализующим образовательные программы дополнительного и неформального образования в области здравоохранения, а также правил признания результатов обучения, полученных специалистами в области здравоохранения через дополнительное и неформальное образование»
2. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-218/2020 «Об утверждении перечня специальностей и специализаций, подлежащих сертификации специалистов в области здравоохранения»
3. Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения»
4. Клинические протоколы диагностики и лечения в детской хирургии. Официальный сайт Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой.

Сведения о разработчиках:

Должность	Ф.И.О.	контакты: e-mail
Разработано		
Доцент кафедры детской хирургии НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова», PhD	Бисалиев Бауыржан Нурниязович	baurjan.79@mail.ru
Профессор кафедры детской хирургии НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова», д.м.н.	Дженалаев Булат Канапьянович	dzhenalaev@mail.ru

Программа СК обсуждена на заседании Академического Комитета по программам ДО НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова»

Должность, место работы, звание (при наличии)	Ф.И.О.	дата, № протокола
Председатель, Руководитель Центра профессионального роста, к.м.н.	Алмагамбетова Алтын Сатыбалдыевна	протокол №1 от 27.08.2024 г.

Программа СК утверждена на заседании Академического Совета НАО «ЗКМУ имени Марата Оспанова»

Должность, место работы, звание (при наличии)	Ф.И.О.	дата, № протокола
Председатель Проректор по учебно-воспитательной работе, к.м.н., доцент	Абенова Нургуль Абдуллаевна	протокол №1 от 28.08.2024 г.

Экспертная оценка ОП СК обсуждена на заседании Комитета «Детская хирургия» УМО направления подготовки «Здравоохранение»

Должность, место работы, звание (при наличии) эксперта	Ф.И.О.	дата, № протокола
Председатель	Ерекешов А.А.	протокол №3 от 10.12.2024 г.

ОП СК, акт экспертизы и протокол обсуждения прилагаются.

Программа СК утверждена на заседании УМО направления подготовки «Здравоохранение» от «___» _____ 2025 г, протокол № ___ (размещены на сайте УМО)

Паспорт программы сертификационного курса

Цель программы:

Программа сертификационного курса направлена на подготовку врача неонатального хирурга, деятельность которого направлена на профилактику, диагностику, оперативное и консервативное лечение врожденных пороков развития и приобретенных заболеваний периода новорожденности в рамках специализированной помощи.

Краткое описание программы:

Неонатальная хирургия является важной и неотъемлемой частью детской хирургии. Программа сертификационного курса «Неонатальная хирургия» изучает основные принципы диагностики и лечения врожденных пороков развития и приобретенных заболеваний у новорожденных, а также принципы антенатальной диагностики и тактики ведения в дородовом и послеродовом периоде. Программа направлена на углубление профессиональных знаний, умений и навыков специалистов детских хирургов по специализации неонатальная хирургия.

Согласование ключевых элементов программы:

№/п	Результат обучения	Метод оценки	Метод обучения
1	Способен перечислить методы антенатальной диагностики пороков развития плода, интерпретировать результаты пренатальной диагностики и определить тактику пренатального консультирования наиболее часто встречающихся пороков развития.	Оценка таблицы / схемы; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion); Оценка устного доклада.	Работа в специализированных кабинетах медико-генетического центра, центра планирования семьи; Практическое занятие; Семинар.
2	Способен объяснить эмбриогенез и патогенез наиболее распространенных пороков развития у детей	Оценка эссе Устная презентация	Семинар Практическое занятие
3	Способен анализировать клинические проявления пороков развития и приобретенных патологий у новорожденных детей	Устная презентация; Оценка выполнения сценария клинической симуляции; Тестирование.	Семинар Тренинг/ролевая игра/деловая игра Дебрифинг (обсуждение после выполнения задания)
4	Способен дифференцировать заболевания в хирургии новорожденных	Устная презентация; Вопросы с множественными вариантами ответов; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion); Тестирование	Семинар; Практическое занятие; Дебрифинг (обсуждение после выполнения задания).

№/ п	Результат обучения	Метод оценки	Метод обучения
5	Способен применить современную классификацию пороков развития и приобретенных патологий периода новорожденности	Устная презентация; Эссе; Оценка классификации; Оценка качества оформления медицинской документации.	Работа в стационаре; Семинар; Практическое занятие.
6	Способен составить план необходимых методов обследования при каждом пороке развития у новорожденного	Оценка плана обследования; Вопросы с множественными вариантами ответов; Эссе.	Работа в стационаре; Семинар; Практическое занятие; Дебрифинг (обсуждение после выполнения задания)
7	Способен интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных исследований в хирургии новорожденных	Оценка результатов клинических анализов, УЗИ, рентген, МРТ, КТ; Кейс стади; Оценка выполнения сценария клинической симуляции	Работа в параклинических кабинетах; Семинар Практическое занятие
8	Способен выставить и обосновать клинический диагноз при ВПР новорожденного.	Оценка решения ситуационных задач, Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion) Стандартизированный пациент (SP – standart patient) Оценка качества оформления медицинской документации	Семинар Практическое занятие Экспертная оценка историй болезни курируемых пациентов
9	Способен составить план консервативного лечения, предоперационной подготовки и послеоперационного лечения новорожденного ребенка с хирургической патологией	Оценка плана лечения; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion); Оценка качества оформления медицинской документации	Курация пациентов в ОРИТН, отделении хирургии; Семинар; Практическое занятие; Обсуждение историй болезни курируемых пациентов.
10	Способен выставить показания и противопоказания к оперативному лечению у новорожденных	Кейс-стади; Оценка решения ситуационных задач; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion).	Семинар Курация пациентов в отделении Участие в врачебных конференциях, клинических разборах.
11	Способен определить сроки и способы оперативного лечения при каждом отдельном ВПР и заболеваниях у новорожденных	Оценка алгоритмов лечения; Оценка эссе; Оценка решения ситуационных задач; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion)	Семинар; Практическое занятие; Курация пациентов в стационаре; Участие в врачебных конференциях, клинических разборах.

№/ п	Результат обучения	Метод оценки	Метод обучения
12	Способен продемонстрировать лечебные манипуляции у новорожденных детей	Оценка навыков манипуляций на муляже; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion); Устная презентация.	Курация пациентов в стационаре; Работа в операционной и перевязочном кабинетах.
13	Способен продемонстрировать технику операций в хирургии новорожденных.	Оценка навыков операции на муляже; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion); Устная презентация.	Курация пациентов в отделении Работа в операционной и перевязочном кабинете. Дебрифинг (обсуждение после выполнения задания)
14	Способен организовать предтранспортировку, транспортировку новорожденного с ВПР	Оценка алгоритма транспортировки; Оценка решения ситуационных задач; Обсуждение клинического случая (CbD – Casebased Discussion).	Тренинг Работа в составе неонатальных бригад санавиации, перинатальном центре; Дебрифинг (обсуждение после выполнения задания)
15	Способен составить план реабилитации детей с ВПР.	Эссе; Оценка качества оформления медицинской документации; Оценка заполнения карты диспансерного наблюдения.	Ведение учетно-отчетной документации; Диспансерное ведение пациента; Работа в консультативной поликлинике на приеме у хирурга, в центре катамнеза.

План реализации программы сертификационного курса

№/ п	Наименование темы/раздела/дисциплины	Объем в часах					Задание
		лекция	семинар	тренинг	другие виды	СРС	
1.	Модуль 1: Аntenатальная диагностика ВПР. Родовая травма новорожденных.	4	12	12	8	24	60 часов
1.1	Аntenатальная диагностика врожденных пороков развития у плода.	2	6	6	4	12	- Опишите эмбриопатогенез пороков развития у плода; - Перечислите регламентирующие приказы

	Принципы пренатального консультирования. Тактика в дородовом и послеродовом периоде.						пренатальной диагностики патологий у плода; - Опишите основные принципы скринингового обследования беременных женщин; - Интерпретируйте результаты УЗИ, инвазивных методов диагностики у плода; - Разработайте алгоритм ведения пациента в дородовом и послеродовом периоде.
1.2	Родовая травма новорожденных. Особенности родовой травмы. Клиника родовой травмы. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования ребенка с родовой травмой. Основные принципы консервативного и оперативного лечения.	2	6	6	4	12	- Проведите осмотр новорожденного с родовой травмой; - Соберите анамнез заболевания; - Интерпретируйте результаты УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения; - Продемонстрируйте технику наложения ватно-марлевых повязок, шин, ПХО раны.
2.	Модуль 2: Приобретенные заболевания и гнойно-воспалительная патология периода новорожденности.	6	27	27	12	48	120 часов
2.1	Заболевания пупочного кольца у новорожденных. Омфалит. Полные и неполные свищи пупка. Фунгус пупка.	2	6	6	4	12	- Проведите осмотр новорожденного с заболеваниями пупочного кольца; - Соберите анамнез заболевания; - Интерпретируйте результаты УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения;

							- Пр продемонстрируйте технику зондирования свища, фистулографии, вскрытия гнойника.
2.2	Гнойно-воспалительные заболевания новорожденных. Некротическая флегмона новорожденных. Острый гематогенный остеомиелит. Острый гнойный мастит. Острый гнойный парапроктит новорожденных. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, консервативного лечения. Сроки и способы оперативного лечения.	2	6	6	4	12	- Опишите патогенез развития гнойно-воспалительных заболеваний (ГВЗ) новорожденных; - Опишите клинику; - Проведите осмотр новорожденного с ГВЗ; - Составьте план обследования ребенка; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований у ребенка с ГВЗ; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Проведите дифференциальную диагностику; - Разработайте план лечения ребенка с ГВЗ; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с ГВЗ; - Пр продемонстрируйте технику нанесения насечек при некротической флегмоне новорожденных схематично на муляже; - Пр продемонстрируйте технику пункции суставов при остром гематогенном остеомиелите (ОГО) новорожденных схематично на муляже; - Пр продемонстрируйте технику вскрытия парапроктита, мастита новорожденных схематично на муляже; - Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения; - Составьте план диспансерного наблюдения ребенка с ОГО.
2.3	Некротический энтероколит новорожденных. Клиника, диагностика, дифференциальная	2	15	15	4	24	- Опишите патогенез некротического энтероколита новорожденных (НЭК); - Опишите клинику НЭК;

	диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.						- Проведите осмотр новорожденного с НЭК; - Составьте план обследования ребенка с АРП; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Опишите классификацию НЭК; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план консервативного лечения НЭК; - Перечислите показания к оперативному лечению; - Продемонстрируйте технику выполнения лапароцентеза; - Продемонстрируйте технику операции лапаротомии, резекции и стомирования кишечника схематично на муляже.
3.	Модуль 3: Врожденные пороки развития передней брюшной стенки, органов брюшной полости. Аноректальные пороки.	14	105	105	28	168	420 часов
3.1	Пороки развития передней брюшной стенки. Эмбриональные грыжи, гастрошизис. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Основные принципы консервативного и оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите эмбриопатогенез пороков развития передней брюшной стенки (ПБС); - Опишите клинику гастрошизиса, омфалоцеле; - Проведите осмотр новорожденного; - Опишите тактику предтранспортирной подготовки и транспортировки новорожденных с пороками ПБС; - Составьте план обследования ребенка с пороками ПБС;

							- Интерпретируйте результаты УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения; - Продемонстрируйте технику операций при гастрошизисе и омфалоцеле на муляже или схематично.
3.2	Врожденный пилоростеноз. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите анатомо-физиологические особенности ЖКТ у новорожденного; - Опишите патогенез врожденного пилоростеноза (ВП); - Опишите клинику ВП; - Проведите осмотр новорожденного с ВП; - Составьте план обследования ребенка с ВП; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований у ребенка с ВП; - Проведите дифференциальную диагностику синдрома срыгиваний и рвот у детей; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения ребенка с ВП; - Продемонстрируйте технику выполнения контрастного исследования ЖКТ при ВП; - Оцените степень гипотрофии у ребенка с ВП; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с ВП; - Обоснуйте сроки оперативного лечения ВП; - Продемонстрируйте технику операции пилоромии по Фреде-Рамштедту лапаротомическим и лапароскопическим путем схематично на муляже;

							- Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения.
3.3	Врожденная высокая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите эмбриопатогенез врожденной высокой кишечной непроходимости (ВКН); - Опишите клинику ВКН новорожденных; - Проведите осмотр новорожденного с ВКН; - Составьте план обследования ребенка с ВКН; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка с ВКН; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения; - Продемонстрируйте технику выполнения контрастного исследования ЖКТ; - Опишите классификацию ВКН новорожденных; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с ВКН; - Обоснуйте сроки оперативного лечения; - Продемонстрируйте технику операции лапаротомии, межкишечных анастомозов схематично на муляже.
3.4	Врожденная низкая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите эмбриопатогенез врожденной низкой кишечной непроходимости (НКН); - Опишите клинику НКН новорожденных; - Проведите осмотр новорожденного с НКН; - Составьте план обследования ребенка с НКН; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка с НКН;

							- Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения ребенка с НКН; - Продемонстрируйте технику выполнения контрастного исследования ЖКТ; - Опишите классификацию НКН новорожденных; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с НКН; - Обоснуйте сроки оперативного лечения; - Продемонстрируйте технику операции лапаротомии, межкишечных анастомозов, стомирования кишечника схематично на муляже.
3.5	Пороки развития толстой кишки. Болезнь Гиршпрунга. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы консервативного лечения. Сроки и способы оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите эмбриопатогенез болезни Гиршпрунга (БГ); - Опишите клинику БГ; - Проведите осмотр новорожденного с БГ; - Составьте план обследования ребенка с БГ; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику запоров у новорожденных; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения; - Продемонстрируйте технику контрастной ирригографии, колостографии у новорожденного с БГ; - Продемонстрируйте технику операций колостомии на муляже или схематично.
3.6	Аноректальные пороки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы	2	15	15	4	24	- Опишите клинику аноректальных пороков (АРП); - Проведите осмотр новорожденного с АРП;

	обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.						- Составьте план обследования ребенка с АРП; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения; - Продемонстрируйте технику выполнения инвертограммы по Вангестину, контрастной колостографии у новорожденного с АРП; - Продемонстрируйте технику техники операций колостомии на муляже или схематично; - Продемонстрируйте технику техники операций колостомии, проктопластики на муляже или схематично; - Составьте план диспансерного наблюдения больного с АРП; - Продемонстрируйте технику бужирования анального канала бужами Гегара.
3.7	Пороки развития желчевыводящих путей. Желтухи новорожденных. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Основные принципы консервативного лечения. Сроки и способы оперативного лечения.	2	15	15	4	24	- Опишите эмбриопатогенез пороков развития желчевыводящих путей (ЖВП); - Опишите клинику заболевания; - Проведите осмотр новорожденного; - Составьте план обследования ребенка с пороками ЖВП; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований, КТ, МРТ у ребенка; - Проведите дифференциальную диагностику желтух у новорожденных; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Разработайте план лечения;

							- Продемонстрируйте технику операций Касаля, Ру на муляже или схематично.
4.	Модуль 4: Врожденные пороки развития органов грудной клетки, диафрагмы.	6	27	27	12	48	120 часов
4.1	Пороки развития диафрагмы. Врожденные диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.	2	6	6	4	12	- Опишите эмбриопатогенез врожденных диафрагмальных грыж (ВДГ); - Опишите клинику ВДГ; - Проведите осмотр новорожденного с ВДГ; - Составьте план обследования ребенка с ВДГ; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований у ребенка с ВДГ; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Проведите дифференциальную диагностику; - Опишите принципы предтранспортирной подготовки и транспортировки новорожденного; - Разработайте план лечения ребенка с ВДГ; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с ВДГ; - Перечислите критерии готовности ребенка с ВДГ к операции; - Обоснуйте сроки оперативного лечения ВДГ; - Продемонстрируйте технику операции пластики диафрагмы лапаротомическим, торакотомическим и торакоскопическим путем схематично на муляже; - Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения.
4.2	Пороки развития пищевода.	2	15	15	4	24	- Опишите патогенез атрезии пищевода (АП); - Опишите клинику АП;

	Атрезия пищевода. Трахео-пищеводный свищ. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.						- Проведите осмотр новорожденного с АП; - Составьте план обследования ребенка с АП; - Продемонстрируйте технику зондирования пищевода и выполнения диагностической пробы Элефанта; - Продемонстрируйте технику выполнения контрастного исследования пищевода при АП; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований у ребенка с АП; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Проведите дифференциальную диагностику; - Опишите принципы предтранспортирной подготовки новорожденного и транспортировки; - Разработайте план лечения ребенка с АП; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с ВП; - Перечислите критерии готовности ребенка с АП к операции; - Обоснуйте сроки оперативного лечения АП; - Продемонстрируйте технику операции эзофаго-эзофагоанастомоза, ликвидации ТПС торакотомическим и торакоскопическим путем схематично на муляже; - Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения; - Продемонстрируйте технику бужирования пищевода.
4.3	Пороки развития легких. Кистозно-аденоматозная	2	6	6	4	12	Опишите эмбриопатогенез КАМЛ; - Опишите клинику КАМЛ; - Проведите осмотр новорожденного с КАМЛ;

	трансформация легких. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы обследования. Классификация. Основные принципы, сроки и способы оперативного лечения.						- Составьте план обследования ребенка с КАМЛ; - Интерпретируйте результаты лабораторного обследования, УЗИ, рентген обследований у ребенка с КАМЛ; - Поставьте и обоснуйте клинический диагноз; - Проведите дифференциальную диагностику; - Разработайте план лечения ребенка с КАМЛ; - Опишите принципы предоперационной подготовки ребенка с КАМЛ; - Продемонстрируйте технику дренирования плевральной полости по Бюлау; - Перечислите критерии готовности ребенка с КАМЛ к операции; - Обоснуйте сроки оперативного лечения КАМЛ; - Продемонстрируйте технику операции торакотомии, лобэктомии схематично на муляже; - Перечислите возможные интра- и послеоперационные осложнения; - Составьте план диспансерного наблюдения ребенка с КАМЛ.
Итого:		30	171	171	60	288	
Всего:		720 часов					

Оценка учебных достижений слушателей

Вид контроля	Методы оценки
Текущий	Оценка заданий слушателей: устный опрос, реферат, эссе, решение кейсов, ситуационных задач
Рубежный	Оценка знаний и навыков по завершении каждого раздела: тестирование, сдача практических навыков Допуск к Итоговой аттестации.
Итоговый	Первый этап – автоматизированное компьютерное тестирование с помощью тестовых вопросов Второй этап – сдача практических навыков с применением симуляционных технологий

Балльно-рейтинговая буквенная система оценки учебных достижений слушателей

Оценка по буквенной системе	Цифровой эквивалент оценки	Процентное содержание оценки	Оценка по традиционной системе
A	4,0	95-100	отлично
A-	3,67	90-94	
B+	3,33	85-89	хорошо
B	3,0	80-84	
B-	2,67	75-79	
C+	2,33	70-74	
C	2,0	65-69	удовлетворительно
C-	1,67	60-64	
D+	1,33	55-59	
D	1,0	50-54	
FX	0,5	25-49	неудовлетворительно
F	0	0-49	

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Дюсембаев А.А. Балалар хирургиясы: оқулық/ ред. - М.: Литтерра, 2016. - 592 б.
2. Исаков Ю.Ф. Балалар хирургиясы: оқулық/ ред.: Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский; пер. М. С. Асқаров. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. -1048 б.
3. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия: учебник/ ред.: Ю. Ф. Исаков, А. Ю. Разумовский. -М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. -1040с.
4. Подкаменев В.В. Хирургические болезни у детей: учебное пособие/ В. В. Подкаменев. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. -432 с.
5. Разин М.П. Детская хирургия: учебник/ М. П. Разин [и др.]. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2018. - 688 с.
6. Разин М.П. Неотложная хирургия детского возраста: учебное пособие/ М. П. Разин [и др.]. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2015. -328 с.

Дополнительная:

1. Ахпаров Н.Н. Избранные вопросы детской колопроктологии// - Алматы, 2018. – 244 с. ил.
2. Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Атрезия пищевода. Москва, «ГЭОТАР-МЕД», 2015.
3. Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 752 с.: ил.
4. Мокрушина О.Г. Эндохирургические операции у новорожденных / О.Г. Мокрушина, А.Ю. Разумовский. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 344с.
5. Разумовский А.Ю., Дронов А.Ф., Смирнов А.Н., Холостовой В.В. Болезнь Гиршпрунга у детей: руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 368 с.: ил.
6. Сейдахметов М.З. Балалардың кеуде қуысының хирургиялық аурулары: оқу құралы/ М. З. Сейдахметов. -Қарағанды: АҚНҰР, 2016. -184 б.

7. Клинический протокол диагностики и лечения №6, №33, №6, №35, №16.

Интернет ресурсы:

1. Научная электронная библиотека. E-Library.ru
<https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
2. БД «Консультант студента»
3. БД «Консультант врача»
4. БД «Scopus»
5. БД «Springer»
6. БД «Science Direct»
7. БД «Ebsco»
8. БД «Электронный абонемент медицинской библиотеки им. И.М. Сеченова»
9. БД «Elibrary»
10. Казахстанская национальная электронная библиотека «КазНЭБ»
11. Платформа «Web of science»
12. Клинические протоколы диагностики и лечения в детской хирургии. Официальный сайт Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, 2022 <http://www.rcrz.kz/index.php/ru/2017-03-12-10-51-13/klinicheskie-protokoly>

Требования к образовательным ресурсам:

- Образовательная программа (КИС)
- Квалификационные требования к кадровому обеспечению (Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-303/2020)
- Наличие клинической базы (Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-304/2020)
- Презентационный материал по темам занятий
- Кейсы по темам
- Контрольно-измерительные средства для текущего, рубежного и итогового контроля знаний слушателей
- Тестовые задания всех уровней сложности
- Ситуационные задачи по всем разделам
- Средства индивидуальной защиты

Материально-техническое обеспечение и оборудование

- Технические средства: персональный компьютер, электронные носители с учебными материалами
- Доступ к интернету
- Доступ в библиотеку, к электронным ресурсам
- Средства индивидуальной защиты
- Материально-техническая база
- Библиотечный фонд
- Электронные информационные ресурсы

Используемые сокращения и термины

АП – атрезия пищевода

АРП – аноректальные пороки

БГ – болезнь Гиршпрунга

ВДГ – врожденная диафрагмальная грыжа

ВКН – высокая кишечная непроходимость

ВП – врожденный пилоростеноз

ВПР – врожденный порок развития

ГВЗ – гнойно-воспалительные заболевания

ЖВП – желчевыводящие пути

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КАМЛ – кистозно-аденоматозная трансформация легких

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

НКН – низкая кишечная непроходимость

НЭК – некротический энтероколит

ОГО – острый гематогенный остеомиелит

ОО – организация образования

ОП – образовательная программа

ОПН – отделение патологии новорожденных

ОРИТН – отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных

ПБС – передняя брюшная стенка

ПХО – первичная хирургическая обработка раны

СК – сертификационный курс

СРС – самостоятельная работа слушателей

УЗИ – ультразвуковое исследование

Контрольно-измерительные средства для оценки знаний, умений и навыков по сертификационному курсу «Неонатальная хирургия»

Тестовые задания

1. На каком сроке беременности при УЗИ диагностике у плода возможно выявление омфалоцеле и гастрошизиса?
2. Какое отличие омфалоцеле от гастрошизиса при УЗИ диагностике плода?
3. Какая врождённая патология выявленная перед родами на УЗИ, требует после рождения ребенка, неотложного перевода в хирургическое отделение?
4. У новорожденного с весом 2150 г справа от пуповины, через дефект передней брюшной стенки (до 3 см), эвентрация петель тонкого и толстого кишечника. Стенка кишки бардовая, с незначительным отеком, местами покрытая фибрином. Какой достоверный диагноз?
5. У новорожденной девочки с весом 3200 г отмечается расширение пупочного кольца до 5 см, в оболочках пуповины просвечивается петли кишок, край печени. Какой вероятной диагноз?
6. В родильном зале родился мальчик с весом 2300 г. Дежурный неонатолог предположил диагноз омфалоцеле. Неонатальный хирург выставил диагноз: Гастрошизис. По экстренным показаниям проведена операция: вправление эвентрированных органов, пластика передней брюшной стенки. Что характерно для гастрошизиса?
7. С каким синдромом чаще всего сочетается омфалоцеле?
8. Какое исследование будет информативно для выявления гастрошизиса у плода, беременной женщины?
9. Кто из хирургов предложил метод безнаркозного вправления при гастрошизисе?
10. Чем опасно повышение внутрибрюшного давления при радикальной операции у детей с омфалоцеле?
11. Какое из перечисленных мероприятий после радикальной операции по устранению гастрошизиса является лишним?
12. Назовите наиболее частую причину летального исхода после оперативного лечения гастрошизиса
13. Мальчик родился с грыжей пупочного канатика до 5 см в диаметре, через оболочки просвечивают петли тонкой кишки. Какая ваша тактика?
14. Омфалоцеле по классификации делят на какие?
15. Во время консультации новорожденного ребенка с затяжной желтухой, хирург заподозрил атрезию желчевыводящих путей. Атрезия желчевыводящих путей характеризуется триадой каких симптомов?
16. Назовите благоприятный срок для оперативного лечения пациента с атрезией желчных протоков
17. Какой ведущий симптом атрезии желчных протоков?
18. Какой случай является некоррегируемым при атрезии желчных протоков?
19. Мешковидное выпячивание в области воронки желчного протока:
20. Какие противопоказания к операции по Касаи при атрезии желчевыводящих путей?
21. Назовите I тип атрезий желчных протоков по расположению места обструкции
22. Назовите типы атрезии желчных протоков по расположению места обструкции
23. По какой артерии происходит кровоснабжение желчного пузыря?
24. С чем следует проводить дифференциальную диагностику кист общего желчного протока?

25. При какой патологии возникают трудности дифференциальной диагностики врожденной атрезии желчевыводящих путей?
26. Дайте определение атрезии желчных протоков (биллиарная атрезия)
27. Какие методы диагностики используются при атрезии желчных протоков?
28. Чем характеризуется атрезия желчных протоков?
29. Назовите классическую триаду симптомов при кисте общего желчного протока
30. Какое осложнение наиболее часто встречается после операции Касаи?
31. Какой из видов обмена нарушается при атрезии желчных путей?
32. С какой целью стараются осуществить полное иссечение кисты холедоха?
33. Для какой стадии НЭК характерна рентген картина: расширение петель кишечника, множественные уровни жидкости, пневмотоз кишечной стенки?
34. Для какой стадии НЭК характерен пневмоперитонеум?
35. Какое абсолютное показание к оперативному вмешательству при НЭК?
36. Какая тактика у ребенка с НЭК клиникой: состояние умеренно нарушено, непереносимость энтерального кормления, наличие крови в стуле?
37. Какие формы НЭК по течению заболевания выделяют?
38. В зависимости от распространенности процесса НЭК различают
39. Какой из основных, наиболее важных и объективных методов диагностики НЭК?
40. Какие стадии НЭК не нуждаются в хирургическом лечении?
41. Какая специфическая рентген картина при НЭК свидетельствующая о гангрене кишки?
42. Факторами риска развития НЭК является
43. К неспецифическим (системным) симптомам при 1 стадии НЭК относится
44. К симптомам со стороны ЖКТ при 3 стадии НЭК относится
45. При подозрении на НЭК в первую очередь необходимо:
46. Что относится к поздним осложнениям НЭК?
47. Что не следует проводить при подтверждении диагноза НЭК 3 стадии?
48. Укажите рентгенологический признак необратимой стадии некротического энтероколита
49. Назовите возможные осложнения после массивного поражения клеток слизистой оболочки при НЭК
50. Какой из слоев кишечника первым поражается при НЭК?
51. Какие мероприятия нужно провести при подозрении на НЭК?
52. Перечислите рентгенологические признаки перитонита, возникающего на фоне НЭК
53. Что относится к анатомическим особенностям, обуславливающим развитие флегмоны новорожденных?
54. С какой патологией трудна дифференциальная диагностика некротической флегмоны?
55. Назовите начальные симптомы токсико-септической формы некротической флегмоны
56. У новорожденного ребенка с рождения нет самостоятельного стула. Состояние ребенка тяжелое. Живот увеличен в объеме. После рентгенологического исследования выставлен диагноз: острая форма болезни Гиршпрунга. Рекомендуйте оптимальный способ оперативного пособия
57. Как Вы считаете, при каких заболеваниях и пороках развития толстого кишечника рентгенологический метод исследования наиболее информативен?
58. Что лежит в основе болезни Гиршпрунга?
59. В приемный покой доставлен 3-х месячный ребенок с жалобами: на задержку стула, газов, вздутие живота, двукратную рвоту. Затруднение в отхождении газов и стула отмечаются с рождения. В настоящее время очистительные клизмы, введение газоотводной трубки облегчения не дают. Подозрение на болезнь Гиршпрунга. Какая тактика хирурга НАИБОЛЕЕ целесообразна?
60. Что применяют для диагностики болезни Гиршпрунга?
61. Что выявляется при болезни Гиршпрунга?

62. Назовите наиболее характерные сроки запоров при болезни Гиршпрунга
63. В каком участке кишечника при болезни Гиршпрунга отсутствуют ганглиозные клетки?
64. Как называются глубокие интрамуральные сплетения толстого кишечника?
65. Назовите заболевание причиной которого является аганглиоз толстого кишечника
66. Назовите правильную классификацию болезни Гиршпрунга по клиническим стадиям
67. Что включает классификация болезни Гиршпрунга по А.И. Ленюшкину?
68. Появление следующих симптомов у новорожденного должно явиться поводом для дифференциальной диагностики с болезнью Гиршпрунга
69. Какие основные показания к колостомии у новорожденных с болезнью Гиршпрунга?
70. Характерные симптомы субкомпенсированной формы болезни Гиршпрунга
71. Какая из перечисленных анатомических форм НЕ относится к болезни Гиршпрунга?
72. Какое реабилитационное мероприятие применяется после оперативного лечения по поводу болезни Гиршпрунга?
73. В чем заключается операция по Дюамеля-Баирова?
74. Что является главным преимуществом операции Соаве-Ленюшкина?
75. У новорожденного отсутствует самостоятельный стул. Отмечается вздутие живота. Видна усиленная перистальтика кишечника. Какую форму болезни Гиршпрунга в этом случае можно предположить?
76. Какой порок развития формируется вследствие недоразвития клоачной мембраны?
77. Какая операция проводится при промежностной эктопии анального отверстия?
78. Какой аноректальный порок развития встречается наиболее часто?
79. Дайте правильное определение персистирующей клоаке
80. У кого чаще встречаются аноректальные пороки развития?
81. Какие виды аноректальных пороков развития НЕ встречается у мальчиков?
82. Назовите явное свидетельство ректоуретрального свища
83. Данные виды аноректальных пороков развития встречается у девочек, КРОМЕ
84. Что представляет собой персистирующая клоака?
85. На основании чего можно установить диагноз анально-кожный (промежностный) свищ?
86. Что представляет собой ректовезикальный свищ?
87. Что не входит в большие клинические группы согласно Крикенбергской классификации аноректальных пороков?
88. Что не входит согласно Крикенбергской классификации аноректальных пороков в редкие локальные варианты?
89. Чем представляется опасность аноректального порока развития со свищом в мочевую систему?
90. Какая цель проведения инвертограммы при аноректальных пороках развития?
91. Куда может открываться ректоуретральный свищ?
92. Вас вызвали на консультацию в перинатальный центр к новорожденному с подозрением на врожденную кишечную непроходимость. Какой метод исследования Вы примените первым при подозрении на врожденную кишечную непроходимость?
93. Новорожденный с первых суток срыгивает кишечным содержимым, меконий не отходил. При осмотре на 2-е сутки состояние ребёнка средней тяжести, кожные покровы и слизистые оболочки розовые, тургор тканей несколько снижен. Живот вздут в верхних отделах, мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Из прямой кишки получены слизистые пробки серого цвета. Какой предварительный диагноз НАИБОЛЕЕ вероятен?
94. Что являются двумя ведущими клиническими симптомами полной кишечной непроходимости у новорожденных?
95. Когда возникает странгуляционная кишечная непроходимость у новорожденного?
96. Какой ведущий рентгенологический симптом врожденной кишечной

непроходимости?

97. Назовите причину непроходимости при атрезии кишечника

98. Назовите причину кишечной непроходимости при синдроме Ледда

99. У ребенка странгуляционная кишечная непроходимость. Какая тактика хирурга НАИБОЛЕЕ целесообразна?

100. Выберите основные признаки высокой кишечной непроходимости у новорожденных

101. Назовите симптомы врожденной высокой кишечной непроходимости

102. Все названные заболевания развиваются на почве нарушения нормального вращения кишечника, КРОМЕ какого?

103. Атрезия 12-перстной кишки начинает проявляться на какой срок?

104. Что характерно для рентгенологической картины атрезии 12-перстной кишки?

105. Что понимают под стенозом кишки?

106. Определение мегадуоденума

107. Что является границей высокой кишечной непроходимости от низкой?

108. Для высокой врожденной кишечной непроходимости характерным клиническим признаком является

109. У новорожденного ребенка в первые часы после рождения появилась обильная рвота желчью. После кормления рвота усиливается. Появилась вялость адинамия экзикоз, за сутки ребенок потерял в весе 256 гр. Живот мягкий, вздут в эпигастральной области, после рвоты вздутие уменьшается. Нижние отделы живота запавшие. На обзорном R-грамме органов брюшной полости, отчетливо видны два горизонтальных уровня жидкости, газ в кишечнике отсутствует. Назовите ваш диагноз

110. Какая тактика хирурга, если во время операции на ДПК с мембранозной формой атрезии обнаружено, что выводные протоки печени и поджелудочной железы открываются в толще мембраны?

111. Ребенок оперирован по поводу синдром Ледда. Попутно ребенку произведена аппендектомия. С какой целью проводится аппендэктомия?

112. При антенатальном УЗИ плода, в верхнем отделе брюшной полости визуализируется расширенные и заполненные жидкостью желудок и 12-ая кишка, что говорит о симптоме «doublebubble». О каком диагнозе говорит данный симптом?

113. Причинами высокой кишечной непроходимости являются вышеперечисленные, КРОМЕ какой?

114. Что нужно для постановки диагноза дуоденальной непроходимости?

115. Назовите заболевание, которое развивается на почве нарушения нормального вращения кишечника

116. У ребенка 2 суток жизни обильная многократная рвота, на обзорной рентгенографии органов брюшной полости два горизонтальных уровня жидкости. Выставлен диагноз:

Атрезия двенадцатиперстной кишки. Назовите ваш выбор оперативной тактики

117. Вас вызвали на консультацию в перинатальный центр к новорожденному с подозрением на врожденную кишечную непроходимость. Какой метод исследования Вы примените первым при подозрении на врожденную кишечную непроходимость?

118. Для какого заболевания характерна ирригография, на которой имеется очень высокое стояние слепой кишки?

119. В каком отделе ЖКТ наиболее часто встречается мембранозная форма непроходимости?

120. Какие из перечисленных методов исследования позволяют уточнить врожденную кишечную непроходимость?

121. У новорожденного на 3-и сутки состояние резко ухудшилось, появились приступы беспокойства, рвота с жёлчью. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, с частотой до 120 в минуту. Живот запавший, умеренно напряжённый, болезненный при пальпации. Перистальтика кишечника усилена. Из прямой кишки получена слизь с кровью. При

операции обнаружен неполный заворот средней кишки и сдавление 12-перстной кишки спайками. Какая тактика хирурга НАИБОЛЕЕ целесообразна?

122. Что из перечисленного НЕ относится к высокой кишечной непроходимости?

123. Какой анастомоз наиболее оптимален при атрезии ДПК, если хорошо дифференцируется проксимальный и дистальный концы?

124. При каком из перечисленных заболеваний операция производится в экстренном порядке?

125. Назовите оптимальный способ лечения атрезии тонкой кишки

126. Определение низкой кишечной непроходимости

127. Все нижеперечисленные пороки приводят к низкой кишечной непроходимости, КРОМЕ какой?

128. При постановке диагноза низкой кишечной непроходимости какое оперативное лечение показано?

129. Как подразделяется врожденная кишечная непроходимость по степени закрытия кишки?

130. Как подразделяется врожденная кишечная непроходимость по уровню препятствия?

131. При каком из перечисленных заболеваний операция производится в экстренном порядке?

132. У ребенка 6 дней, появилась рвота желчью, вздутие живота, задержка стула и газов. На обзорной R-грамме имеется скопление газов в центре живота. При ирригоскопии отмечается симптом "обрыва" контраста. Выберите подходящий диагноз

133. Укажите оптимальный способ операции при лечении атрезии тонкой кишки

134. Укажите порок развития дающий клинику врожденной низкой кишечной непроходимости

135. Что понимают под атрезией кишечника?

136. Первыми клиническими симптомами мальротации у новорожденных является

137. Пороки ротации и фиксации кишечника следует активно искать в перечисленных случаях, КРОМЕ каких?

138. Двумя ведущими клиническими симптомами полной кишечной непроходимости у новорожденных являются

139. Наружный тип врожденной непроходимости кишечника может быть обусловлен, за ИСКЛЮЧЕНИЕМ

140. Назовите наиболее ранний и постоянный симптом высокой кишечной непроходимости

141. При каком из перечисленных заболеваний показана потовая проба?

142. К какому виду кишечной непроходимости относится атрезия толстой кишки?

143. Какая из перечисленных патологий относится к низким кишечным непроходимостям?

144. Какой врожденный порок развития может возникнуть на I стадии ротации и фиксации кишечника?

145. Для какого врожденного порока развития характерно УЗИ плода с дилатацией петель кишечника на разных уровнях?

146. Назовите этиологический фактор пилоростеноза

147. С какой недели жизни происходит манифестация врожденного пилоростеноза?

148. За счет какого компонента возникает непроходимость при врожденном пилоростенозе?

149. Ребенок, 3 недель. Жалобы со слов мамы на непостоянную рвоту, периодически с примесью желчи после кормления. Для какого заболевания характерна данная клиника?

150. С помощью какого инструментального метода исследования можно выставить диагноз врожденный пилоростеноз?

151. Какое послеоперационное осложнение может заподозрить хирург при сохранении рвоты более 7 дней после пилоромииотомии?

152. Во время операции по Фреду-Рамштеду по поводу пилоростеноза произошла перфорация слизистой. Какую операцию нужно произвести?

153. Укажите эндоскопический признак пилоростеноза при ФГС
154. Какой патогномоничный симптом при пилоростенозе?
155. Врожденный пилоростеноз проявляется симптомами, КРОМЕ какого?
156. Определение пилоростеноза
157. Какой наиболее оптимальный разрез при операции Фреде-Рамштедта при пилоростенозе?
158. Мальчику 1 месяц. Подозрение на врожденный пилоростеноз. Какое исследование целесообразно провести с целью уточнения диагноза?
159. Мальчику 1 мес. Болеет в течении 2 недель, вначале появилось срыгивание молоком, затем рвота створоженным молоком, фонтаном, возникающая после каждого кормления. Общее состояние тяжелое, редкое мочеиспускание. Дефицит массы тела 25%. Ребенок вялый, крик слабый, в эпигастральной области визуально определяется сегментирующая перистальтика. Выберите оптимальный диагностический метод исследования
160. У мальчика в возрасте трех недель клинически предварительно ставится диагноз пилоростеноз. В клинике ежедневная потеря в весе по отношению к весу при рождении составляет 0,2-0,3%. Какая форма пилоростеноза?
161. Из перечисленных заболеваний дифференциальная диагностика пилоростеноза проводится со всеми, КРОМЕ какого?
162. Какой стул при пилоростенозе?
163. Определите рентгенологические признаки врожденного пилоростеноза
164. Укажите ведущий симптом пилоростеноза
165. Укажите способ оперативного лечения пилоростеноза
166. Укажите основную причину пилоростеноза
167. Врожденный пилоростеноз диагностируется методами, КРОМЕ какого?
168. Определите характер рвоты при пилоростенозе
169. У новорожденного с диагнозом пилоростеноза во время операции пилоромии по Фреде-Рамштедта произошла перфорация слизистой. Что проводится в таких случаях?
170. Чем опасен момент рассечения привратника у места его перехода в 12-перстную кишку?
171. Какую манипуляцию выполняют для проверки целостности слизистой оболочки после пилоромии по Фреде-Рамштедта?
172. Какой основной диагностический метод в диагностике атрезии пищевода?
173. Сколько форм атрезии пищевода существует?
174. Какая форма атрезии пищевода встречается чаще?
175. Какой вид оперативного вмешательства используется у доношенного ребенка при атрезии пищевода, если диастаз между оральным и дистальным сегментом равен 1 см?
176. Какой вид оперативного вмешательства используется у доношенного ребенка при атрезии пищевода, если диастаз между оральным и дистальным сегментом более 3 см?
177. Какая рентгенконтрастная картина характерна для атрезии пищевода без свища?
178. Назовите ранние признаки атрезии пищевода
179. В какие сроки проявляется атрезия пищевода?
180. С чего должна начинаться диагностика атрезии пищевода?
181. Какое абсолютное правило в диагностике атрезии пищевода?
182. Предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза при атрезии пищевода должно составлять сколько см?
183. При предоперационной подготовке больному с атрезией пищевода проводятся все перечисленные мероприятия, КРОМЕ какого?
184. Укажите признак, характерный для атрезии пищевода
185. Какой принцип хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных?
186. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища
187. Укажите информацию, которую нельзя получить при анализе рентгенограммы больного со свищевой формой атрезии пищевода и контрастированным верхним сегментом

188. Назовите наиболее часто применяемый метод наложения анастомоза при атрезии пищевода у новорожденных является
189. Через 3 часа после рождения у ребенка отмечены проявления острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Ребенок вялый, крик слабый. Дыхание поверхностное с участием вспомогательной мускулатуры. Аускультативно слева выслушиваются перистальтические шумы. Живот запавший. На обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечаются смещение органов средостения вправо и наличие множественных мелких ячеистых полостей слева. Какой ваш предварительный диагноз?
190. Какая причина возникновения диафрагмальных грыж у детей?
191. Какой ведущий симптомокомплекс при диафрагмально-плевральных грыжах?
192. У ребенка при рождении выявляется ассиметрия грудной клетки, ладьевидный живот. Ваш предварительный диагноз
193. Чем можно объяснить дыхательную недостаточность при врожденной диафрагмальной грыже?
194. Наиболее информативный для диагностики диафрагмальных грыж является
195. Какого симптома НЕ наблюдается при врожденной диафрагмальной грыже?
196. Клиническими симптомами врожденной диафрагмальной грыжи у новорожденных являются следующие, КРОМЕ какого?
197. Какие диафрагмальные грыжи проявляются острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточностью?
198. С какой частотой сочетается гипоплазия легкого при врожденной диафрагмальной грыже
199. У новорожденных детей некротическую флегмону вызывает возбудитель:
200. У новорожденных некротическая флегмона проявляется симптомами:

Ситуационные задачи к СК «Неонатальная хирургия»

Ситуационная задача №1.

В роддоме родился ребенок с весом 2900гр, рост 46см. Сразу с рождения отмечается пенистое отделяемое из ротоглотки. При попытке кормления ребенок поперхивается, рвота неизменным молоком. Нарастает дыхательная недостаточность, ЧДД 56 р/мин. Цианоз носогубного треугольника. При попытке зондирования желудка зонд задерживается на расстоянии 8-9 см от губ ребенка, далее не проходим. На обзорной рентгенограмме грудной клетки и брюшной полости имеются признаки аспирационной пневмонии с обеих сторон. Пневматизация кишечника равномерная.

Вопросы:

1. Выставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести.
3. Клинический диагноз, обоснование.
4. Показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки.
5. Техника операции.
6. Возможные послеоперационные осложнения, их профилактика.

Ситуационная задача №2.

Вас вызвали в роддом, где родился ребенок с весом 2400гр, рост 40см. Срок гестации 37 недель. У ребенка в области пупочного канатика имеется эвентрация тонкого и толстого кишечника. Кишечник бардово-красного цвета, местами покрыт фибрином, спаян в конгломерат. Стенки кишечника отечные, инфильтрированы. Перистальтика отсутствует. Брюшная полость гипоплазирована. Ребенок на спонтанном дыхании. ЧДД 46 р/мин. Температура тела 36,0С. Гемодинамика стабильная, ЧСС 122 уд/мин. Меконий не отходил.

Вопросы:

1. Выставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести.
3. Клинический диагноз, обоснование.
4. Предтранспортировочная подготовка, транспортировка больного.
5. Показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки операции.
6. Техника операции.
7. Возможные послеоперационные осложнения, их профилактика.

Ситуационная задача №3.

В приемный покой обратились родители ребенка в возрасте 6 суток. Ребенок от 6 беременности, 4 родов в срок. Во время беременности мать болела ОРВИ, страдает хроническим пиелонефритом, кольпитом. Вес при рождении 2800гр, рост 46см. Срок гестации 39 недель. Из анамнеза ребенок болеет в течении 1 суток, когда появилось повышение температуры тела до 37,7С, беспокойство, отказ от кормления. Дома принимали сироп Парацетамол. Общее состояние тяжелое за счет интоксикации. Температура тела 39,0С. Зев умеренно гиперемирован, налетов нет. Пупочный остаток отпал на 3-е сутки. Пупочное кольцо без особенностей, скудное серозное отделяемое. Ребенок на спонтанном дыхании. В легких дыхание ослабленное, ЧДД 52 р/мин. Тоны сердца приглушены. Гемодинамика стабильная, ЧСС 142 уд/мин. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. Стул переходный, со слизью. Мочится свободно. Диурез снижен.

Локально: У ребенка имеется гиперемия кожи в области поясницы, переходящее в область лопаток. Кожа инфильтрирована, гиперемия с нечеткими границами, местная болезненность, гипертермия.

Вопросы:

1. Выставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести.
3. Клинический диагноз, обоснование.
4. Показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки операции.
5. Техника операции.
6. Возможные послеоперационные осложнения, их профилактика.

Ситуационная задача №4.

У ребенка, родившегося с весом 2750г., рост 48 см., в сроке гестации 36 недель спустя 8 часов с рождения появилась рвота желчью, затем участилась, стала с зеленью. Меконий отходил скудно. При осмотре общее состояние ребёнка тяжелое. Кожа и слизистые оболочки бледные, чистые, тургор тканей снижен. ЧСС 140 уд/мин., ЧДД 44 р/мин. Живот вздут, больше в верхних отделах, ладьевидный. При пальпации мягкий, безболезненный. При зондировании желудка удалено 40 мл застойного содержимого буро-коричневого цвета. Заподозрена врожденная кишечная непроходимость. Проведена обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости в вертикальном положении.

Вопросы:

1. Выставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести.
3. Клинический диагноз, обоснование.
4. Показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки операции.
5. Техника операции.
6. Возможные послеоперационные осложнения, их профилактика.

Ситуационная задача №5.

Родился доношенный мальчик с весом 3800гр., ростом 50см., по шкале Апгар 8-9 баллов. Спустя 12 часов мать подошла с жалобами на вздутие живота, однократно срыгивание грудным молоком. Меконий не отходил. У матери при УЗ-скринингах выявлено многоводие. При осмотре живот равномерно вздут, мягкий, трудно доступен глубокой пальпации, умеренно болезненный. перистальтика кишечника выслушивается. При осмотре промежности анальное отверстие отсутствует на должствующем месте. Имеется мекониевая дорожка в сторону мошонки. Свищей на промежности не обнаружено. Следов мекония на промежности нет. По телефону консультирован с неонатальным хирургом. рекомендовано провести рентгенографию (инвертограмму) по методике Вангенстина. Приехавшим хирургом ребенок осмотрен повторно и выявлено узкое свищевое отверстие у корня мошонки. При введении тонкого зонда в свищевое отверстие эвакуировано обильно газы и меконий. Живот спал.

Вопросы:

1. Выставьте предполагаемый диагноз.
2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести.
3. Клинический диагноз, обоснование.
4. Показания и противопоказания к оперативному лечению, сроки операции.
5. Техника операции.
6. Возможные послеоперационные осложнения, их профилактика.