

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике детская хирургия
по специальности 31.08.65 Торакальная хирургия

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
				вид	количество
1	1. Хирургия детского возраста (плановая, гнойная, ургентная хирургия, хирургия новорождённых) 2. Урология и андрология	УК-1; ПК-1; ПК-5	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • клиническую картину хирургических заболеваний и повреждений в зависимости от возраста; • дифференциально-диагностическую значимость основных симптомов и синдромов; <ul style="list-style-type: none"> • современные специальные (инструментальные неинвазивные и инвазивные) методы диагностики хирургических заболеваний и повреждений. <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями <ul style="list-style-type: none"> • определить тактику ведения пациента в зависимости от характера и тяжести заболевания: госпитализация или транспортировка больного в специализированное учреждение, динамическое наблюдение, направление на консультацию к детскому хирургу. <p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической <u>классификации</u> болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) • методикой обследования детей с хирургическими заболеваниями (органов брюшной полости, опорно- 	тесты	30
				Ситуационные задачи	10

			двигательного аппарата, урологической патологией, гнойно-воспалительными заболеваниями, опухолями) и повреждениями.		
--	--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

Раздел 1. Хирургия детского возраста (плановая, гнойная, ургентная хирургия, хирургия новорождённых)

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. Наиболее вероятная причина развития пупочной грыжи: А. порок развития сосудов пуповины; Б. незаращение апоневроза пупочного кольца; В. воспаление пупочных сосудов; Г. портальная гипертензия; Д. родовая травма.	УК-1; ПК-1; ПК-5
2. Дифференцируют пахово-мошоночную грыжу чаще всего с: А. орхитом; Б. водянкой оболочек яичка; В. варикоцеле; Г. перекрутом гидатиды; Д. орхидэпидидимитом.	УК-1; ПК-1; ПК-5
3. Дифференциальная диагностика кисты элементов семенного канатика включает все перечисленное, кроме: А. пахового лимфаденита; Б. водянки оболочек яичка; В. крипторхизма; Г. ущемленной паховой грыжи; Д. перекрута гидатиды.	УК-1; ПК-1; ПК-5
4. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с: А. лимфангиомой; Б. периоститом нижней челюсти; В. лимфаденитом; Г. флебэктазией яремной вены; Д. дермоидной кистой.	УК-1; ПК-1; ПК-5
5. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена: А. повышенным внутрибрюшным давлением; Б. ангиодисплазией; В. травмой пахово-мошоночной области; Г. незаращением вагинального отростка; Д. инфекцией мочевыводящих путей.	УК-1; ПК-1; ПК-5
6. В основе болезни Гиршпрунга лежит: А. врожденный аганглиоз участка толстой кишки; Б. гипертрофия мышечного слоя кишки;	УК-1; ПК-1; ПК-5

<p>В. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;</p> <p>Г. токсическая дилатация толстой кишки;</p> <p>Д. все перечисленное.</p>	
<p>7. Для всех перечисленных заболеваний ведущим является синдромом срыгивания, за исключением:</p> <p>А. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы</p> <p>Б. постгипоксической энцефалопатии</p> <p>В. халазии</p> <p>Г. пилоростеноза</p> <p>Д. пневмонии.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>8. К клиническим признакам полной высокой кишечной непроходимости относятся все симптомы, исключая:</p> <p>А. частую рвоту с примесью желчи</p> <p>Б. рвоту без примеси желчи</p> <p>В. частое мочеиспускание</p> <p>Г. запавший живот</p> <p>Д. аспирационный синдром.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>9. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:</p> <p>А. гидронефротическую трансформацию почек;</p> <p>Б. врожденную кишечную непроходимость;</p> <p>В. врожденный трахео-пищеводный свищ;</p> <p>Г. гастрошизис;</p> <p>Д. врожденный порок сердца.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>10. Исследование большого по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:</p> <p>А. 3 часа после рождения;</p> <p>Б. 6 часов после рождения;</p> <p>В. 16 часов после рождения;</p> <p>Г. 24 часа после рождения;</p> <p>Д. 32 часа после рождения.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>11. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не входят:</p> <p>А. острый аппендицит;</p> <p>Б. острый панкреатит;</p> <p>В. киста общего желчного протока;</p> <p>Г. киста поджелудочной железы;</p> <p>Д. ущемленная паховая грыжа.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>12. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:</p> <p>А. невозможен;</p> <p>Б. возможен при начальной стадии воспаления;</p> <p>В. возможен при флегмонозном аппендиците;</p> <p>Г. возможен при гангренозном аппендиците;</p> <p>Д. возможен даже при перфоративном аппендиците.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>13. У ребёнка 8 мес. клиника инвагинации. Оптимальный метод обследования:</p> <p>А. ирригография с воздухом;</p> <p>Б. ирригография с бариевой взвесью;</p> <p>В. осмотр живота под наркозом;</p> <p>Г. лапароскопия;</p> <p>Д. колоноскопия.</p>	<p>УК-1;</p> <p>ПК-1;</p> <p>ПК-5</p>
<p>14. У ребенка клиника острого мезаденита. Необходимо:</p>	<p>УК-1;</p>

<p>А. наблюдение; Б. оперативное вмешательство; В. лапароскопия; Г. назначение антибактериальной терапии; Д. перевод больного в терапевтическое отделение.</p>	<p>ПК-1; ПК-5</p>
<p>15. Больной острым аппендицитом в постели занимает положение: А. на спине Б. на животе В. на правом боку с приведёнными ногами Г. на левом боку Д. сидя.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>16. В начальном периоде инвагинации лечение начинают с: А. расправления воздухом под рентгенологическим контролем; Б. пальпаторного расправления под наркозом; В. расправления под контролем лапароскопа; Г. расправления под контролем колоноскопа; Д. оперативного лечения.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>17. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является: А. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево; Б. гиперлейкоцитоз; В. лейкопения ; Г. отсутствие изменений; Д. ускоренное СОЭ.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>18. Основной возбудитель гнойно-воспалительных процессов: А. стафилококк; Б. стрептококк; В. кишечная палочка; Г. протей; Д. микст-инфекция.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>19. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз: А. острый аппендицит; Б. инвагинация кишечника; В. аппендикулярный инфильтрат; Г. кишечная инфекция; Д. опухоль брюшной полости.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>20. У ребенка гнойники конусовидной формы с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Состояние характерно для: А. фурункулеза; Б. рожистого воспаления; В. флегмоны; Г. псевдофурункулеза; Д. абсцессов подкожной клетчатки.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>

Раздел 2. Урология и андрология

<p>Тестовые задания с вариантами ответов</p>	<p>№ компетенции, на формирование которой</p>
---	--

	направлено это тестовое задание
<p>21. Достоверным методом исследования в дифференциальной диагностике камня мочевого пузыря является:</p> <p>А. нисходящая цистография; Б. обзорная рентгенография; В. пневмоцистография; Г. цистоскопия; Д. урофлоуметрия</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>22. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:</p> <p>А. экскреторная урография Б. цистоскопия В. цистография Г. катетеризация мочевого пузыря Д. хромоцистоскопия</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>23. При анурии у детей противопоказана :</p> <p>А. обзорная рентгенография органов мочевой системы; Б. экскреторная урография; В. цистоуретрография; Г. ретроградная пиелография; Д. цистоскопия.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>24. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:</p> <p>А. Гомолатеральная дистопия Б. Поликистоз почек В. Подковообразная почка Г. Удвоение верхних мочевых путей Д. S-образная почка</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>25. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей :</p> <p>А. перемежающийся гидронефроз; Б. пузырно-мочеточниковый рефлюкс; В. гипоплазия почки; Г. удвоение верхних мочевых путей; Д. поликистоз.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>26. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в/в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:</p> <p>А. сморщивание или гипоплазия почки; Б. новообразование или киста почки; В. ОРВИ или апостематоз почки; Г. пиелэктазия или гидронефроз; Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>27. Скрытым половым членом считают :</p> <p>А. половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки; Б. половой член с недоразвитыми кавернозными телами; В. половой член с гипертрофированной крайней плотью; Г. половой член малых размеров; Д. микрофаллус с дисгенезией гонад.</p>	<p>УК-1; ПК-1; ПК-5</p>
<p>28. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:</p>	<p>УК-1; ПК-1;</p>

<p>А. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;</p> <p>Б. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;</p> <p>В. аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;</p> <p>Г. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;</p> <p>Д. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.</p>	ПК-5
<p>29. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является :</p> <p>А. неспецифическая инфекция;</p> <p>Б. механические факторы;</p> <p>В. специфическая инфекция;</p> <p>Г. нарушение обменных процессов;</p> <p>Д. диспропорция развития тканевых структур детского организма.</p>	УК-1; ПК-1; ПК-5
<p>30. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:</p> <p>А. пениальной;</p> <p>Б. бедренной;</p> <p>В. промежностной;</p> <p>Г. перекрестной;</p> <p>Д. пупочной.</p>	УК-1; ПК-1; ПК-5

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Б
2.	Б
3.	Д
4.	Б
5.	Г
6.	А
7.	Д
8.	В
9.	В
10.	В
11.	Д
12.	А
13.	В
14.	В
15.	В
16.	А
17.	А
18.	Д
19.	Б
20.	А
21.	Г
22.	В
23.	Б
24.	Б
25.	А
26.	Г
27.	А
28.	Д
29.	Б

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	В/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
...		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Девочка 5 лет заболела остро, появилась вялость, температура тела повысилась до 38,7°, возникли боли в животе, тошнота, дважды была рвота. При осмотре язык сухой, пульс 110 уд.в мин., тоны сердца приглушены. В лёгких дыхание везикулярное. Живот отстаёт в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается ригидность передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в обеих подвздошных областях. Отмечаются выделения из половых путей слизисто-гнойного характера. В анализе крови-лейкоцитоз 18000.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пельвиоперитонит
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен «острый живот»
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз пельвиоперитонита установлен на основании: -анамнеза — острое развитие заболевания - жалоб больного на боли в нижних отделах живота, тошноту, тошноту, рвоту; - данных объективного исследования (температура тела 38,7°, язык сухой, пульс 110 уд.в мин., живот отстаёт в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается ригидность передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в обеих подвздошных областях. Отмечаются выделения из половых путей слизисто-гнойного характера). -лабораторных данных - в анализе крови-лейкоцитоз 18000.
Р2	-	Диагноз обоснован верно.
Р1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
Р0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э	-	При картине «острого живота» показано оперативное лечение по экстренным показаниям — диагностическая лапароскопия; санация

		брюшной полости (посев содержимого). До операции проводится кратковременная инфузионная терапия: инфузия раствора стерофундина 500 мл внутривенно, для снижения температуры 1% раствор парацетамола в/венно. За 30 минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 1гр.
P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом, осложнённым перитонитом. В данной ситуации быстрое развитие клиники перитонита, выделения из половых путей слизисто-гнойного характера, гиперлейкоцитоз у девочки позволяют правильно установить диагноз.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Э	-	После операции продолжают инфузионную, антибактериальную терапию. Девочка наблюдается детским гинекологом. Выполняют УЗИ органов малого таза в динамике.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	-	002
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания. В анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э		Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен пиелонефрит
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Диагноз пузырно-мочеточникового рефлюкса установлен на основании: -анамнеза — с раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания, в анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. - жалоб больного на недержание мочи, частые мочеиспускания; - данных объективного исследования — на момент осмотра живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания поясничной области отрицательный. -лабораторных данных - в анализе мочи- лейкоцитурия, по данным УЗИ почек- подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие мероприятия необходимы в данном случае?
Э		Необходима госпитализация с проведением рентгеноурологического обследования (внутривенной урографии, цистографии), исследованием биохимической активности процесса (кровь на мочевины, креатинин), мочи по Нечипоренко, бактериологическим посевом мочи и определением тактики лечения в зависимости от результатов.
P2		Ответ верный. Все мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный. Не полностью указаны необходимые исследования.
P0		Ответ неверный. План обследования определён неверно.
В	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с инфекцией мочевых путей. В данной ситуации длительность анамнеза, отсутствие эффекта от консервативной терапии, изменения по данным УЗИ почек позволяют правильно установить диагноз.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.

Э		При подтверждении диагноза ПМР проводят эндоскопическое (оперативное) лечение ПМР с последующим контролем эффективности через 6 мес. (контрольная цистография).
P2		Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1		Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0		Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н		003
Ф	В/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		У мальчика 7 лет накануне были катаральные явления. Дважды был осмотрен участковым врачом. Диагностировано ОРЗ, назначено лечение противовирусными препаратами, антибиотиками. Пятый день болит живот, после приёма пищи отмечается рвота, ребёнок не встаёт с постели. Состояние мальчика тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие. Язык обложен густым белым налётом, сухой. Пульс 140 уд.в мин., температура тела 38,2°. В лёгких дыхание жёсткое, живот в дыхании не участвует, напряжён, резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. КСП направлен в стационар в связи с ухудшением состояния
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острый аппендицит, осложнённый перитонитом
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен аппендицит
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок заболел остро, 5 дней назад. На момент осмотра язык обложен белым налётом, сухой, живот в дыхании не участвует, напряжён, резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины, что свидетельствует о картине перитонита, наиболее вероятно как осложнение острого аппендицита. Также имеется тахикардия до 140 уд.в мин., фебрилитет.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с перитонитом другой этиологии (вызванный перфорацией дивертикула Меккеля, у девочек с пельвиоперитонитом). Необходимо выполнить общий анализ крови с определением группы крови и резус-фактора, геморра-

		гическим комплексом. Также провести ректальное исследование, УЗИ брюшной полости.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		После кратковременной предоперационной подготовки в течение 2 часов (инфузионная терапия –Sol. Sterofundini 500мл внутривенно) необходимо выполнить срединную лапаротомию, при которой после ревизии удалить червеобразный отросток, взять содержимое на посев, санировать брюшную полость, по показаниям сохранить лапаростому. За 30 минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 1гр.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1		Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0		Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После операции ребёнка переводят в ОРИТ, где продолжают инфузионную, антибактериальную терапию (назначают 3 антибиотика внутривенно: цефалоспорины- цефотаксим 100 мг/кг-суточная доза, аминогликозиды – амикацин-15мг/кг-суточная доза, метрогил -7,5 мг/кг-разовая доза – 2-3 раза в день), парентеральное питание. При сохранении лапаростомы через день проводят плановую программную ревизию и санацию брюшной полости. При отсутствии гнойного экссудата брюшную полость ушивают.
P2		Ответ верный. Тактика лечения описана полностью.
P1		Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0		Ответ неверный. Тактика лечения пациента не определена.
H		004
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 8 лет доставлен с места автокатастрофы в тяжёлом состоянии. Множественные ушибы и ссадины тела, конечностей. Сознание ясное, возбуждён. Из уретры выделяется каплями кровь. Очень хочет, но не может помочиться. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника, печёночная тупость сохранена. Резкая болезненность в области лона, где перкуторно определяется тупость, болезненность при пальпации.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Травма уретры
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Имелся факт травмы. При поступлении имеется уретроррагия, острая задержка мочи.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с травмой мочевого пузыря (внебрюшинным и внутрибрюшинным разрывом). Отличием является интактный живот, отсутствие мочи, уретроррагия.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить восходящую уретрографию, при которой был обнаружен затёк контраста в мягкие ткани, контраста в мочевом пузыре нет.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо произвести цистостомию.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
Н		005
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 15 лет 3 года назад перенёс операцию по поводу острого

		<p>аппендицита, осложнённого местным перитонитом. В последующем наблюдался в областной больнице по поводу спаечной болезни: курсы противоспаечной терапии; дважды поступал с клиникой частичной кишечной непроходимости, которая разрешалась консервативно. Накануне заболевания вечером после большой физической нагрузки и погрешности в диете – ел винегрет с сосисками,- появились приступообразные боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула, газов. Утром при осмотре ребёнок занимал вынужденное положение с приведёнными к животу ногами. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где определяется расширенная петля кишки.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Поздняя спаечная кишечная непроходимость.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		В анамнезе перенесённая операция по поводу осложнённого аппендицита. Наблюдался со спаечной болезнью. При поступлении имеются приступообразные боли в животе, рвота, задержка стула. Ребёнок занимает вынужденное положение, пальпируются расширенные петли кишок.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ранней спаечной непроходимостью, динамической кишечной непроходимостью. Отличием от ранней непроходимости является срок 3 года после операции. Отличие от пареза кишечника заключается в признаках механической непроходимости: в анамнезе спаечная болезнь, расширенные петли кишок в нижних отделах живота, выраженный болевой синдром.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении, по показаниям (при явлениях частичной кишечной непроходимости) – контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью.
P2		Методы обследования выбраны верно.

P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо установить назогастральный зонд, выполнить очистительную клизму. Начать инфузионную терапию - Sterofundini-500 мл внутривенно. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – при возможности лапароскопический висцеролиз, при выраженном спаечном процессе- лапаротомия, висцеролиз.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
H		006
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В стационар поступил мальчик, 7 мес., у которого после включения в кормление яблочного сока «Спелёнок» отмечались лихорадка (температура от 37,1° до 38,5°), стул с «зеленью», ухудшение общего состояния, вялость. На следующий день присоединились периодическое беспокойство, многократная рвота, слизисто-кровянистые выделения из ануса. Через 20 часов от начала заболевания вызвана скорая помощь. Ребёнок госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на дизентерию, где проводились инфузионная, антибактериальная терапия, получал гормоны. Эффекта от лечения не наблюдалось, отмечалось ухудшение общего состояния ребёнка: приступы беспокойства, вялость, кровянистые выделения из ануса. При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Инвагинация кишечника.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		В анамнезе у ребёнка 7 мес. новый вид питания, начало заболевания соответствует диспепсическим нарушениям, в связи с чем он был госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении имеются приступообразные боли в животе, кровянистые выделения из ануса (симптом «малинового желе»).
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.

В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с кишечной инфекцией. В данном случае на фоне кишечной инфекции (диспепсических расстройств, о чём свидетельствуют лихорадка, стул с «зеленью» в начале заболевания) появилась клиника инвагинации кишечника, о чём говорят приступообразные боли в животе, кровянистые выделения из ануса (симптом «малинового желе»).
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ректальный осмотр, обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении, УЗИ брюшной полости (симптом «мишени», «слоистого пирога», «псевдопочки»), осмотр живота под седацией (пальпация инвагината).
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо выполнить пневмоирригацию. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – лапароскопическую или открытую дезинвагинацию.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
Н		007
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Новорожденный недоношенный ребёнок (недоношенность 2 ст.) из двойни в тазовом предлежании, с оценкой по шкале Апгар 6/6 б., на 10 минуте – 7 б., крика не было, ЧД- 30 в мин., ЧСС-100 в мин., атония, арефлексия. Антенатально патологии не выявлено. После рождения отмечались пенистые выделения изо рта, акроцианоз. При попытках кормления – ухудшение состояния, цианоз кожных покровов. В связи с прогрессивным ухудшением общего состояния, нарушением дыхания переведён на ИВЛ. Выполнена рентгенография грудной клетки, на которой выявлены явления пневмонии. Ребёнок получал инфузионную, антибактериальную терапию, находился на парентеральном питании. При осмотре живота отмечалось его вздутие в эпигастрии. После очистительных клизм стула, газов не получено. Через

		3 дня переведён в областную больницу в связи с ухудшением состояния, отсутствием эффекта от лечения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		После рождения отмечались пенистые выделения изо рта, акроцианоз, ухудшение состояния, цианоз кожных покровов при попытках кормления. Вздутие живота в эпигастрии говорит о наличии свища.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с безсвищевой формой атрезии. Вздутие живота в эпигастрии говорит о наличии свища. Отсутствие антенатального диагноза атрезии также свидетельствует о свищевой форме атрезии.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
В		Необходимо выполнить рентгеноконтрастное исследование пищевода с использованием водорастворимого контраста верографина. Также провести УЗИ органов брюшной полости, почек, чтобы исключить сопутствующую патологию.
Э		Методы обследования выбраны верно.
P2		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P1		Методы обследования выбраны неверно.
P0		
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки в течение 2-х дней и купирования явлений аспирационной пневмонии выполнить торакотомию задне-боковым доступом или торакоскопическую операцию : разделить свищ и наложить эзофагоэзофагоанастомоз.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		008

Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Ребёнок (девочка) от 6-й беременности, протекавшей с гестозом в 6-7 недель (лечение в стационаре), отёками голеней, анемией, многоводием, роды вторые, срочные, оперативные (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода на фоне хронической). Оценка по шкале Апгар 4/7 б. Масса тела при рождении 2900гр. Состояние в род.доме тяжёлое: гипотония, гипорефлексия. Желудочный зонд введён в желудок, получено желудочное содержимое, не кормили. Переведена в областную больницу в 1-е сутки жизни. При поступлении состояние тяжёлое, вялая, крик неохотный. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы, видимые слизистые розовые, чистые. В области основной фаланги V пальца правой кисти – добавочный палец на кожной ножке, в аналогичном месте левой кисти – папилломатозный вырост. Большой родничок 2,0х2,0см, не выбухает, мышечный тонус и рефлексы новорождённого значительно снижены. Дыхание самостоятельное, проводится везде, хрипов нет, ЧД-44 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум, ЧСС-126 в мин. Живот ладьевидной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стула при осмотре не было. Пуповинный остаток на скобке. Половые органы по женскому типу. Ребёнку поставлен назогастральный зонд, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи. Самостоятельного стула у ребёнка в течение 2-х суток не было. Общий ан.крови: Нв-182г/л, эр.-4,7х10 ¹² /л, ЦП-1,16, тромб.-267,9х10 ⁹ /л, Нт-51%, лейкоц.-24,7х10 ⁹ /л (п-3, с-65, л-16, м-15), СОЭ-2 мм/час, макроциты. Общ.ан.мочи-кол-во-10мл, цвет-с/ж, прозрачность-полная, отн.плотность-1006, реакция-щелочная, белок-отр., эпит.-плоский-1-2 в п/зр., лейкоц.-ед. Общий белок крови-44,1г/л, калий-4,5ммоль/л, натрий-139 ммоль/л, билирубин-29,6мкмоль/л (прямой-0), АсАТ-0,41 мккат/л, АлАТ-0,12 мккат/л, мочевины-4,1ммоль/л, креатинин – 0,097 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врождённая высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-п-кишки).
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Беременность отягощена, было многоводие. После рождения живот ладьевидной формы, стула не было. По назогастральному зонду в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи.
Р2		Диагноз обоснован верно.
Р1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.

P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
V	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с низкой кишечной непроходимостью. При низкой кишечной непроходимости живот вздут, рвота с «зеленью». В данном случае живот ладьевидной формы, по назогастральному зонду сначала желудочное содержимое, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
V	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости, по показаниям рентгеноконтрастное исследование с использованием водорастворимого контраста верографина (2 уровня жидкости). Также провести УЗИ органов брюшной полости (симптом «bubble double»). Выполнить УЗИ почек, ЭхоКГ, чтобы исключить сопутствующую патологию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
V	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки в течение 2-х дней и купирования явлений эксикоза выполнить лапаротомию (лапароскопию), дуоденодуоденоанастомоз.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		009
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Ребёнок от 4 беременности, протекавшей с угрозой прерывания в 7 нед., третьих родов. Однократное обвитие тугое пуповиной вокруг шеи. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Масса тела при рождении 3520г. Через 8 часов после рождения выросла одышка, появились бледность, цианоз, отёчность кожных покровов, ослабленное дыхание слева; тоны сердца приглушены, ритмичные. Со вторых суток состояние средней тяжести. ЧД до 66 в мин. Сердце чётко прослуши-

		<p>вается справа. На трети сутки состояние тяжёлое, ЧД до 80 в мин., слева дыхание не выслушивается. При поступлении: состояние тяжёлое, на осмотр реагирует адекватно. Отмечается периоральный цианоз и акроцианоз. Кожные покровы чистые. Мышечный тонус переменный. Рефлексы новорождённого вызываются. Одышка с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧД 60 в мин. Слева дыхание не выслушивается, выслушивается перистальтика кишечника. Асимметрия грудной клетки за счёт выбухания левой половины. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 150 в мин. Общий анализ крови от 15.05.2006.: Hb 175 г/л, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $109,2 \times 10^9/л$, лейкоциты $16,3 \times 10^9/л$, п/я 9%, с/я 85%, лимфоциты 5%, моноциты 1%, СОЭ 2 мм/ч, сахар 4,3 ммоль/л. Общий анализ мочи от 19.05.2006.: количество 10 мл, цвет жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность 1026, реакция кислая, белок 0,087 г/л. Биохимический анализ крови от 15.05.2006.: общий белок 55,8 г/л, K^+ 3,8 ммоль/л, Na^+ 144 ммоль/л, мочевины 2,9 ммоль/л, АсАТ 1,04 мккат/л, АлАТ 1,07 мккат/л, креатинин 0,07ммоль/л, билирубин общий 197,2 ммоль/л, прямой 3,75 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Диафрагмальная грыжа слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Беременностьотягощена. После рождения через 8 часов наростала одышка, появились цианоз кожных покровов, ослабленное дыхание слева. Одышка с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧД 60 в мин. Слева дыхание не выслушивается, выслушивается перистальтика кишечника, сердце смещено вправо.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с врождённой патологией лёгких. В данном случае на диафрагмальную грыжу указывают: смещение средостения в сторону, противоположную очагу поражения, локализация процесса слева, выслушиваемая перистальтика в области грудной клетки.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной и грудной полости, по показаниям рентгеноконтрастное исследование с использованием водорастворимого контраста верографина (контрастируемые петли кишок расположены в грудной полости). Выполнить ЭхоКГ, ЭКГ для оценки локализации и работы сердца. Также провести УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, чтобы выяснить расположение органов брюшной полости и почек.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки выполнить торакоскопию с погружением органов брюшной полости, ушиванием дефекта диафрагмы или лапаротомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		010
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больная Н., 5л.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых родов. Масса тела при рождении 3520г. Росла и развивалась по возрасту. Прививки в срок.</p> <p>Анамнез заболевания: наблюдается нефрологом по поводу вторичного рецидивирующего пиелонефрита. Проводилась консервативная терапия. Направлялась на консультацию к урологу, мать от операции отказалась. Поступила в ДОБ на урологическое обследование.</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. В зеве спокойно. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс ритмичный, удовлетворительных характеристик, 84 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>ОАК : Нв 133г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $340,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 73%, эозинофилы 2%, лимфоциты 13%, моноциты 11%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p>ОАМ: количество 30,0 мл., цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012, реакция нейтральная, белок отриц., эпителий 0-1 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимия крови: K^+ 4,3 ммоль/л, Na^+ ммоль/л, Ca^{2+} 2,15 ммоль/л,</p>

		<p>хлориды 90,5 ммоль/л, креатинин 0,042ммоль/л, мочевины 2,8 ммоль/л.</p> <p>Посев мочи: роста нет.</p> <p>УЗИ почек: полости синусов: слева стабильное расширение до 15 - 16 мм, стенки не утолщены. Чашечки: тотальное расширение всех групп слева, объемные образования не обнаружены. Мочеточники не расширены</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Гидронефроз слева. Вторичный хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, ремиссия, ПНО.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У девочки по данным УЗИ – расширение полостной системы почки, в анамнезе – рецидивирующий пиелонефрит. В настоящее время анализ мочи в норме, биохимия крови- в норме.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с первичным пиелонефритом, с уретерогидронефрозом. При первичном пиелонефрите нет расширения полостной системы почки. При уретерогидронефрозе имеется расширенный мочеточник. У девочки имеется пиелоктазия и тотальный гидрокаликоз слева без расширения мочеточника.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить внутривенную урографию с отсроченными снимками. Также нужно сделать цистографию для исключения ПМР.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение- пиелопластику (открытую или лапароскопическую)-операцию Хайнса-Андерсена-Кучера.

P2	Тактика лечения определена полностью.
P1	Тактика лечения определена неполностью.
P0	Тактика лечения не определена.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-1, ПК-5	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-1, ПК-5,	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения

и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.