

### 1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике детская хирургия  
по специальности 31.08.16 Детская 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 хирургия) 2. Хирургия новорождённых 3. Ургентная хирургия 4. Урология и андрология 5. Гнойная хирургия 6. Травматология и ортопедия 7. Детская онкология 8. Нейрохирургия 9. Интенсивная терапия	УК-1-3 ПК-1-12	<b><u>Знать:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями</li> <li>▪ Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями</li> <li>▪ Принципы и методы хирургических вмешательств, лечебных манипуляций у детей с хирургическими заболеваниями</li> </ul>	Тесты Ситуационные задачи	100 30		
			<b><u>Уметь:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями</li> <li>▪ Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции детям с хирургическими заболеваниями, определённые перечнем практической подготовки.</li> </ul>				
			<b><u>Владеть:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической <u>классификации</u> болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</li> <li>• Выполнением отдельных этапов хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения)</li> </ul>				

			по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		
--	--	--	--	--	--

## 2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

### 2.1. Тестовые задания по дисциплине

#### Раздел 1. Хирургия детского возраста (плановая хирургия)

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. Наиболее вероятная причина развития пупочной грыжи:</p> <p>А. порок развития сосудов пуповины;</p> <p>Б. незаращение апоневроза пупочного кольца;</p> <p>В. воспаление пупочных сосудов;</p> <p>Г. портальная гипертензия;</p> <p>Д. родовая травма.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>2. Дифференцируют пахово-мошоночную грыжу чаще всего с:</p> <p>А. орхитом;</p> <p>Б. водянкой оболочек яичка;</p> <p>В. варикоцеле;</p> <p>Г. перекрутом гидатиды;</p> <p>Д. орхидозпидидимитом.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>3. Дифференциальная диагностика кисты элементов семенного канатика включает все перечисленное, кроме:</p> <p>А. пахового лимфаденита;</p> <p>Б. водянки оболочек яичка;</p> <p>В. крипторхизма;</p> <p>Г. ущемленной паховой грыжи;</p> <p>Д. перекрута гидатиды.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>4. Образование срединных кист и свищей шеи обусловлено:</p> <p>А. нарушением обратного развития зобно-глоточного протока;</p> <p>Б. незаращением остатков жаберных дуг;</p> <p>В. нарушением обратного развития щитовидно-язычного протока;</p> <p>Г. хромосомными абберациями;</p> <p>Д. Эктопией эпителия дна полости рта</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>5. Самое частое осложнение после операции по поводу свищей шеи:</p> <p>А. кровотечение;</p> <p>Б. расхождение швов;</p> <p>В. нарушение акта глотания;</p> <p>Г. рецидив свища;</p> <p>Д. гиперсаливация.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>6. Боковую кисту шеи не следует дифференцировать с:</p> <p>А. лимфангиомой;</p> <p>Б. периоститом нижней челюсти;</p> <p>В. лимфаденитом;</p> <p>Г. флебэктазией яремной вены;</p> <p>Д. дермоидной кистой.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

<p>7. Вскрытие передней стенки пахового канала обязательно:</p> <p>А. у девочек;</p> <p>Б. у мальчиков;</p> <p>В. у грудных детей;</p> <p>Г. у больных старше 2 лет;</p> <p>Д. у больных старше 5 лет.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>8. Осложнения грыжесечения обусловлены:</p> <p>А. техническими погрешностями;</p> <p>Б. возрастом ребенка;</p> <p>В. степенью диспластических изменений;</p> <p>Г. сопутствующими пороками;</p> <p>Д. операцией по экстренным показаниям.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>9. Сообщающаяся водянка оболочек яичка у больного 1.5 лет обусловлена:</p> <p>А. повышенным внутрибрюшным давлением;</p> <p>Б. ангиодисплазией;</p> <p>В. травмой пахово-мошоночной области;</p> <p>Г. незаращением вагинального отростка;</p> <p>Д. инфекцией мочевыводящих путей.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>10. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является:</p> <p>А. частое ущемление;</p> <p>Б. возраст после двух лет;</p> <p>В. установление диагноза;</p> <p>Г. возраст после 5 лет;</p> <p>Д. диаметр выпячивания свыше 3 см.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>11. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:</p> <p>А. появление припухлости в одной половине мошонки;</p> <p>Б. ухудшение общего состояния;</p> <p>В. подъем температуры;</p> <p>Г. резкая болезненность;</p> <p>Д. гиперемия мошонки.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>12. У ребенка 1 года хронический запор. Первая задержка стула отмечена в период новорожденности. Самостоятельный стул отсутствует с 4 месяцев. Родители постоянно используют очистительные клизмы. В этом случае следует предположить форму болезни Гиршпрунга:</p> <p>А. острую;</p> <p>Б. подострую;</p> <p>В. хроническую;</p> <p>Г. ректальную;</p> <p>Д. ректосигмоидальную.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>13. В основе болезни Гиршпрунга лежит:</p> <p>А. врожденный аганглиоз участка толстой кишки;</p> <p>Б. гипертрофия мышечного слоя кишки;</p> <p>В. поражение подслизистого и слизистого слоев кишки;</p> <p>Г. токсическая дилатация толстой кишки;</p> <p>Д. все перечисленное.</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>
<p>14. Ребенок 2 лет страдает хроническим запором с первых дней жизни. Стул только после клизмы. Уточнить заболевание позволит:</p> <p>А. обзорная рентгенография брюшной полости;</p>	<p>УК-1-3</p> <p>ПК-1-12</p>

<p>Б. ирригография с воздухом;  В. ирригография с бариевой взвесью;  Г. дача бариевой взвеси через рот;  Д. колоноскопия.</p>	
<p>15. Показанием к созданию искусственного пищевода является:  А. ожог пищевода 3-й степени;  Б. ожог пищевода 4-й степени ;  В. короткая рубцовая стриктура пищевода;  Г. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 6 месяцев;  Д. рубцовый протяженный стеноз пищевода, не поддающийся бужированию в течение 1 года.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

## Раздел 2. Хирургия новорождённых

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>16. Из перечисленных наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:  А. симптом "песочных часов"  Б. вздутие эпигастрия после кормления  В. пальпация увеличенного привратника  Г. гипотрофия  Д. олигурия.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>17. Для всех перечисленных заболеваний ведущим является синдромом срыгивания, за исключением:  А. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы  Б. постгипоксической энцефалопатии  В. халазии  Г. пилоростеноза  Д. пневмонии.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>18. К клиническим признакам полной высокой кишечной непроходимости относятся все симптомы, исключая:  А. частую рвоту с примесью желчи  Б. рвоту без примеси желчи  В. частое мочеиспускание  Г. запавший живот  Д. аспирационный синдром.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>19. Наличие "немой" зоны на обзорной рентгенограмме брюшной полости новорожденного с рвотой подтверждает диагноз:  А. атрезии пищевода  Б. атрезии тонкой кишки  В. острой формы болезни Гиршпрунга  Г. кольцевидной поджелудочной железы  Д. незавершенного поворота средней кишки.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>20. Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом является:  А. множественные разнокалиберные уровни жидкости</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

<p>Б. повышенное газонаполнение кишечной трубки  В. симптом “мыльной пены”  Г. утолщение стенки кишечных петель  Д. жидкость в брюшной полости.</p>	
<p>21. Наиболее достоверным диагностическим приемом, подтверждающим наличие трахеопищеводного свища, является:  А. эзофагоскопия;  Б. трахеобронхоскопия;  В. проба с метиленовой синью;  Г. рентгеноконтрастное исследование пищевода;  Д. трахеобронхоскопия с одномоментным введением метиленовой сини в пищевод.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>22. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:  А. гипоплазия легкого;  Б. аплазия легкого;  В. агенезия легкого;  Г. ателектаз;  Д. буллы.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>23. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:  А. гидронефротическую трансформацию почек;  Б. врожденную кишечную непроходимость;  В. врожденный трахео-пищеводный свищ;  Г. гастрошизис;  Д. врожденный порок сердца.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>24. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:  А. 3 часа после рождения;  Б. 6 часов после рождения;  В. 16 часов после рождения;  Г. 24 часа после рождения;  Д. 32 часа после рождения.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>25. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключаяющий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:  А. цианоз;  Б. одышка;  В. запавший живот;  Г. пенистые выделения изо рта;  Д. хрипы при аускультации легких.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

### **Раздел 3. Ургентная хирургия**

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
<p>26. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не входят:</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

<p>А. острый аппендицит;  Б. острый панкреатит;  В. киста общего желчного протока;  Г. киста поджелудочной железы;  Д. ущемленная паховая грыжа.</p>	
<p>27. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезёнки. Рекомендуются:  А. лапароцентез;  Б. лапароскопия;  В. установка дренажа брюшной полости;  Г. лапаротомия;  Д. наблюдение, консервативная терапия.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>28. У ребёнка странгуляционная непроходимость. Необходимо:  А. проведение консервативных мероприятий;  Б. наблюдение;  В. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 ч.;  Г. срочная операция;  Д. операция после предоперационной подготовки.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>29. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:  А. невозможен;  Б. возможен при начальной стадии воспаления;  В. возможен при флегмонозном аппендиците;  Г. возможен при гангренозном аппендиците;  Д. возможен даже при перфоративном аппендиците.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>30. Рациональный доступ при разрыве селезёнки:  А. срединная лапаротомия;  Б. поперечная лапаротомия;  В. разрез в левом подреберье;  Г. параректальный доступ;  Д. трансректальный доступ.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>31. У ребёнка 8 мес. клиника инвагинации. Оптимальный метод обследования:  А. ирригография с воздухом;  Б. ирригография с бариевой взвесью;  В. осмотр живота под наркозом;  Г. лапароскопия;  Д. колоноскопия.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>32. У ребенка клиника острого мезаденита. Необходимо:  А. наблюдение;  Б. оперативное вмешательство;  В. лапароскопия;  Г. назначение антибактериальной терапии;  Д. перевод больного в терапевтическое отделение.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>33. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативное исследование:  А. УЗИ;  Б. рентгеновский обзорный снимок;  В. лапароскопия;  Г. ФГДС;</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

Д. исследование желудка с бариевой взвесью.	
34. 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.	УК-1-3 ПК-1-12
35. 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.	УК-1-3 ПК-1-12
36. 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.	УК-1-3 ПК-1-12
37. 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.	УК-1-3 ПК-1-12
38. Рациональное отношение к "попутной" аппендэктомии: А. обязательное удаление отростка; Б. стремление к оставлению червеобразного отростка; В. аппендэктомия инвагинальным способом; Г. удаление при атипичном расположении отростка; Д. в зависимости от возраста больного.	УК-1-3 ПК-1-12
39. Наиболее достоверным симптомом перекрута кисты яичника является: А. острое начало, боли внизу живота с иррадиацией в промежность; Б. беспокойное поведение, позывы на мочеиспускание; В. нормальная температура тела, отсутствие лейкоцитоза; Г. мягкий живот, отсутствие перитонеальных знаков; Д. обнаружение при ректальном исследовании округлого, эластичного образования.	УК-1-3 ПК-1-12
40. В комплекс мероприятий с целью остановки кровотечения при портальной гипертензии входит все следующие мероприятия, кроме: А. постельного режима; Б. исключения кормления через рот; В. зондирования желудка; Г. инфузионной гемостатической терапии; Д. парентального питания.	УК-1-3 ПК-1-12

#### Раздел 4. Урология и андрология

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>41. 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-1-3  ПК-1-12</p>
<p>42. 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-1-3  ПК-1-12</p>
<p>43. При анурии у детей противопоказана :</p> <p>А. обзорная рентгенография органов мочевой системы;  Б. экстреторная урография;  В. цистоуретрография;  Г. ретроградная пиелография;  Д. цистоскопия.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>44. 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-1-3  ПК-1-12</p>
<p>45. 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-1-3  ПК-1-12</p>
<p>46. 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. пиелозктазия или гидронефроз;  Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>47. 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;</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>



Г. половой член малых размеров; Д. микрофаллус с дисгенезией гонад.	
48. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым: А. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие; Б. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек; В. аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках; Г. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста; Д. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста.	УК-1-3 ПК-1-12
49. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является : А. неспецифическая инфекция; Б. механические факторы; В. специфическая инфекция; Г. нарушение обменных процессов; Д. диспропорция развития тканевых структур детского организма.	УК-1-3 ПК-1-12
50. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме: А. пениальной; Б. бедренной; В. промежностной; Г. перекрестной; Д. пупочной.	УК-1-3 ПК-1-12

#### **Раздел 5. Гнойная хирургия**

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
51. Гигроскопическое действие марлевого тампона : А. 2-3 часа; Б. 4-6 часов; В. 7-9 часов; Г. 10-12 часов; Д. индивидуально.	УК-1-3 ПК-1-12
52. Покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя гной под кожей. Диагноз: А. паронихий Б. кожный панариций; В. флегмона; Г. абсцесс; Д. подкожный панариций.	УК-1-3 ПК-1-12
53. Основной возбудитель гнойно-воспалительных процессов: А. стафилококк; Б. стрептококк; В. кишечная палочка; Г. протей; Д. микст-инфекция.	УК-1-3 ПК-1-12

<p>54. Понятие хирургический сепсис у детей определяет:</p> <p>А. общее тяжелое инфекционное заболевание;</p> <p>Б. наличие местного очага инфекции;</p> <p>В. изменение реактивности организма;</p> <p>Г. необходимость местной и общей терапии;</p> <p>Д. все перечисленное.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>55. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде при сформированной секвестральной коробке показаны:</p> <p>А. оперативное вмешательство по Ворончихину;</p> <p>Б. секвестрэктомия;</p> <p>В. наблюдение;</p> <p>Г. курс физиотерапии;</p> <p>Д. внутрикостное введение антибиотиков</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>56. Лучшим средством дренирования гнойной раны является:</p> <p>А. одинарная трубка для пассивного оттока;</p> <p>Б. резиновый выпускник;</p> <p>В. марлевый тампон;</p> <p>Г. активное дренирование;</p> <p>Д. индивидуальный подход.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>57. У ребенка гнойники конусовидной формы с гнойным стержнем в центре. Длительное подострое течение. Состояние характерно для:</p> <p>А. фурункулеза;</p> <p>Б. рожистого воспаления;</p> <p>В. флегмоны;</p> <p>Г. псевдофурункулеза;</p> <p>Д. абсцессов подкожной клетчатки.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>58. У ребенка 14 лет резкие боли в области кисти. Выраженный отек - особенно тыла кисти. Пальпация и движения резко болезненны. Гипертермия. Наиболее вероятный диагноз:</p> <p>А. флегмона кисти;</p> <p>Б. подкожный панариций;</p> <p>В. костный панариций;</p> <p>Г. сухожильный панариций;</p> <p>Д. кожный панариций.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>59. Репарация в гнойной ране обычно наступает на:</p> <p>А. вторые - третьи сутки;</p> <p>Б. четвертые - шестые сутки;</p> <p>В. седьмые - десятые сутки;</p> <p>Г. к концу второй недели;</p> <p>Д. спустя две недели.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>
<p>60. Ребёнку в течение 10 месяцев проводилось лечение по поводу острого гематогенного остеомиелита. После последней госпитализации в течение 2-х лет обострения процесса не было. Местно изменений нет. Рентгенологически-невывраженные явления остеосклероза. Указанный вариант течения заболевания следует расценивать как:</p> <p>А. обрывной;</p> <p>Б. затяжной;</p> <p>В. хронический;</p> <p>Г. молниеносный;</p> <p>Д. местный.</p>	<p>УК-1-3 ПК-1-12</p>

**Раздел 6. Травматология и ортопедия**

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>61. Абдукционное повреждение проксимального конца плечевой кости возникает при падении на:</p> <p>А. локоть или кисть, отведенной от туловища руки;  Б. локоть или кисть, приведенной к туловищу руки;  В. локоть с элементом ротации;  Г. кисть в положении супинации;  Д. кисть в положении пронации.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>62. При транспортировке больного с переломом позвоночника оптимальным положением является:</p> <p>А. на щите, на спине с соблюдением “оси безопасности”  Б. на боку на носилках;  В. на носилках в положении “лягушки”;  Г. на щите, на животе;  Д. не имеет значения.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>63. Наиболее достоверным признаком одностороннего врожденного вывиха бедра у новорожденного является:</p> <p>А. ограничение отведения бедра;  Б. симптом Маркса-Ортолани (соскальзывание);  В. укорочение ножки;  Г. асимметрия кожных складок;  Д. наружная ротация ножки.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>64. Оптимальный вариант лечения при родовом одностороннем переломе бедренной кости со смещением отломков включает:</p> <p>А. открытую репозицию с гипсовой иммобилизацией;  Б. одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;  В. вытяжение по Шеде;  Г. вытяжение по Блаунту;  Д. не требует лечения.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>65. При эпифизолизе вероятно нарушение роста кости в длину при</p> <p>А. травме ростковой пластинки со значительным смещением отломков;  Б. продольном переломе эпифиза;  В. поперечном переломе эпифиза  Г. компресии росткового хряща без смещения эпифиза;  Д. остеоэпифизолизе.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>66. Абсолютными показаниями к оперативному лечению перелома костей предплечья являются:</p> <p>А. перелом лучевой кости в средней трети с полным смещением;  Б. перелом локтевой кости в средней трети с полным смещением;  В. перелом двух костей предплечья в средней трети с полным смещением;  Г. перелом двух костей предплечья на разных уровнях;  Д. перелом костей предплечья с явлениями нарушения кровообращения в поврежденной конечности.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>67. При привычном вывихе надколенника лечение предусматривает:</p>	<p>УК-1-3</p>

<p>А. моделированную гипсовую лонгету;  Б. удаление надколенника;  В. стабилизирующие пластические операции;  Г. надмышцелковую остеотомию бедра;  Д. иммобилизацию гипсовой циркулярной повязкой.</p>	ПК-1-12
<p>68. Целостность тазового кольца нарушена:  А. при переломе лонной кости  Б. при переломе седалищной кости  В. при переломах лонной и седалищной кости на одной стороне, разрыве симфиза  Г. при отрыве бугра седалищной кости  Д. при краевых переломах подвздошной кости</p>	УК-1-3 ПК-1-12
<p>69. У ребенка 12 лет при первичном осмотре выявлен перелом бедра и заподозрены перелом таза, повреждения селезенки. Оптимальный порядок лечебно-диагностических мероприятий (на догоспитальном этапе введен промедол) предусматривает:  А. транспортную иммобилизацию бедра + лапаротомию;  Б. рентгенологическое обследование + катетеризацию периферической вены + лапаротомию;  В. транспортную иммобилизацию + рентгенологическое обследование + катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, лапаротомию;  Г. транспортную иммобилизацию + катетеризацию центральной вены + переливание плазмозаменителей + лапаротомию;  Д. обезболивание перелома бедра, внутритазовую блокаду по Школьникову - Селиванову, транспортную иммобилизацию поврежденной конечности, рентгенологическое обследование, катетеризацию центральной вены, переливание плазмозаменителей, определение группы крови и резус-фактора, выполнение УЗИ, при нарастающей картине внутрибрюшного кровотечения - лапаротомию.</p>	УК-1-3 ПК-1-12
<p>70. Из видов травматизма у детей раннего возраста преобладает:  А. бытовой;  Б. уличный;  В. школьный;  Г. спортивный;  Д. прочий.</p>	УК-1-3 ПК-1-12

#### Раздел 7. Детская онкология

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>71. Наиболее опасным осложнением гемангиом является:  А. Изъязвление  Б. Кровотечение  В. Воспаление окружающих тканей  Г. Нагноение  Д. Ассиметрия лица</p>	УК-1-3 ПК-1-12
<p>72. Тератомы наиболее часто локализуются:  А. В яичнике</p>	УК-1-3 ПК-1-12

<p>Б.В средостении  В.В грудной полости  Г.В крестцово-копчиковой области  Д.В головном мозге</p>	
<p>73. Для кистозной лимфангиомы характерно:  А.Болезненность  Б.Быстрый рост  В.Истончение кожи над образованием  Г.Гиперемия окружающей ткани  Д.Самопроизвольное рассасывание</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>74. При операции по поводу дермоидных кист производят:  А.Пункцию кисты  Б.Иссечение кисты в пределах здоровых тканей  В.Удаление регионарных лимфоузлов  Г.Фистулографию  Д.Удаляют содержимое кисты, оставляя капсулу</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>75. Для невуса характерны:  А.Быстрый рост  Б.Быстрое озлокачествление  В.Постепенное увеличение соответственно росту ребенка  Г.Сдавление при росте внутренних органов  Д.Кровотечение</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>76. Хирургическая тактика при лимфопролиферативном процессе с изолированным поражением внутригрудных лимфоузлов:  А) торакотомия с удалением всей опухолевой массы;  Б) торакоскопия с удалением всей опухолевой массы;  В) торакоскопия с удалением одного из пораженных лимфоузлов, костно-мозговые пункции гребней подвздошных костей.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>77. Наличие единичного субплеврального метастаза в правом легком после проведения комплексного лечения остеогенной саркомы является показанием для:  А) продолжения химиотерапии несмотря на токсическую цитопению;  Б) завершение терапии;  В) торакоскопическое удаление субплеврального метастаза с гистологическим исследованием.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>78. <math>\alpha</math>-фетопротеин специфический маркер крови при:  А) нейробластоме  Б) мезотелиоме  В) тератобластоме  Г) лимфангиоме</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>79. Опухоли, излюбленной локализацией которых является заднее средостение:  А) тимома;  Б) лимфома;  В) нейрофиброма;  Г) нейробластома.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>
<p>80. Опухоли, излюбленной локализацией которых является переднее средостение:  А) нейробластома;  б) лимфома;  В) тимома;  Г) тератома.</p>	<p>УК-1-3  ПК-1-12</p>

## Раздел 8. Нейрохирургия

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>81. У ребёнка 10 лет сочетанная травма: ушиб головного мозга, кома II ст., внутрибрюшное кровотечение. Гемодинамика стабильна. Наиболее рациональные действия хирурга включают:</p> <p>А. лапароцентез;            Б. лапароскопию;            В. лапаротомию;            Г. консервативную терапию;            Д. наблюдение.</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>82. Критерием, по которому определяется тяжесть родовой черепно-мозговой травмы является:</p> <p>А. степень нарушения мозгового кровообращения;            Б. размеры родовой опухоли на голове;            В. наличие кефалогематомы;            Г. перелом черепа;            Д. степень смещения костей черепа</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>83. Тактика при вдавленных родových переломах черепа включает:</p> <p>А. лечения не требует;            Б. интенсивную инфузионную терапию;            В. хирургическую коррекцию методом репозиции;            Г. резекционную трепанацию черепа;            Д. резекционную трепанацию с последующей аллопластикой.</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>84. К ЧМТ легкой степени относятся:</p> <p>А) ушиб головного мозга средней тяжести            Б) сотрясение головного мозга            В) ушиб мозга легкой степени            Г) ушиб мягких тканей головы</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>85. Вдавленный перелом черепа по типу "целлулоидного мячика" встречается чаще у детей            детей раннего возраста            младшего школьного возраста            старшего возраста            новорожденных</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>86. Переломы костей черепа без повреждения мягких тканей являются черепно-мозговой травмой            открытой проникающей            открытой непроникающей            закрытой без повреждения костей черепа            закрытой с повреждением костей черепа            огнестрельным ранением</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>
<p>87. Выбухание большого родничка является признаком внутричерепного давления</p> <p>А. высокого            Б. систолического</p>	<p>УК-1-3            ПК-1-12</p>

В. диастолического Г. сниженного Д. нормального	
88. Перелом костей свода черепа при целостности кожных покровов с повреждением dura mater является черепно - мозговой травмой А. открытой проникающей Б. открытой непроникающей В. закрытой с повреждением костей черепа Г. закрытой без повреждением костей черепа Д. открытой с повреждением пазух	УК-1-3 ПК-1-12
89. При сдавлении головного мозга "светлый промежуток времени" наблюдается при гематоме А. Эпидуральной Б. Субдуральной В. Внутримозговой Г. Внутривентрикулярной Д. множественных	УК-1-3 ПК-1-12
90. Наиболее часто у детей встречаются переломы черепа А. по типу зеленой веточки Б. линейные В. оскольчатые Г. многофрагментные Д. остеоэпифизиолиты	УК-1-3 ПК-1-12

#### **Раздел 9. Интенсивная терапия**

<b>Тестовые задания с вариантами ответов</b>	<b>№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание</b>
91. Центральная гемодинамика при гиповолемическом шоке характеризуется: А. левожелудочковой недостаточностью; Б. правожелудочковой недостаточностью; В. централизацией кровообращения с уменьшением почечного кровотока; Г. депонированием крови в сосудах малого круга; Д. депонированием крови в сосудах брюшной полости.	УК-1-3 ПК-1-12
92. Если после восстановления сердечной деятельности больной остается в коматозном состоянии, то следует: А. снизить концентр. кислорода во вдыхаемом воздухе до 30%; Б. ввести наркотики; В. провести гипотермию, кортикостероиды, ИВЛ, альбумин, антигипоксанты; Г. сделать трахеостомию; Д. внутривенно ввести стимуляторы ЦНС	УК-1-3 ПК-1-12
93. Восстановить мозговой кровоток при остановке сердца надо: А. в течение 1 минуты; Б. в течение 2 минут; В. в течение 4 минут; Г. в течение 5 минут;	УК-1-3 ПК-1-12

	Д. не позднее 6 минут.	
94.	Ладони для проведения эффективного непрямого массажа сердца следует расположить: А. на границе средней и нижней трети грудины; Б. на верхней части грудины; В. на мечевидном отростке; Г. в пятом межреберном промежутке слева; Д. с обеих сторон грудной клетки.	УК-1-3 ПК-1-12
95.	Минимальная концентрация кислорода во вдыхаемом воздухе во время общей анестезии должна составлять: А. 22% Б. 27% В. 33% Г. 38% Д. 43%	УК-1-3 ПК-1-12
96.	Наиболее распространенная точка пункции подключичной вены А. граница наружной и внутренней трети ключицы; Б. под грудино-ключичным сочленением; В. над грудино-ключичным сочленением; Г. под ключицей, на границе внутренней и средней трети; Д. в яремной ямке.	УК-1-3 ПК-1-12
97.	Характерными изменениями микроциркуляции при гиповолемическом шоке являются: А. ускорение капиллярного кровотока; Б. артерио-венозное шунтирование, метаболический ацидоз; В. увеличение времени кровотечения; Г. высокий гемоглобин и гематокрит; Д. расширение капилляров.	УК-1-3 ПК-1-12
98.	К основным особенностям поражения электротоком относятся: А. алкалоз, снижение гемоглобина, гипонатриемия; Б. судороги, “знаки тока”, поражение миокарда; В. боли в животе, полиурия, гипокальциемия; Г. обструктивн. синдром, повышен. рСО <sub>2</sub> , гиперкальциемия Д. ацидоз, отеки, гипопроteinемия.	УК-1-3 ПК-1-12
99.	Отек мозга нередко развивается при: А. сердечно-легочной реанимации; Б. травме мозга; В. гипоальбуминемии; Г. длительной гипоксемии; Д. при всех вышеуказанных ситуациях	УК-1-3 ПК-1-12
100.	Охлаждение новорожденного во время операции вызывает: А. несовершенство центров терморегуляции; Б. переливание жидкостей; В. переливание холодной крови; Г. дыхание по полуоткрытому контуру; Д. все вышеуказанное.	УК-1-3 ПК-1-12

### ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Б
2.	Б
3.	Д
4.	В



5.	Г
6.	Б
7.	Д
8.	А
9.	Г
10.	В
11.	А
12.	Б
13.	А
14.	В
15.	Д

16.	В
17.	Д
18.	В
19.	Б
20.	В
21.	Д
22.	В
23.	В
24.	В
25.	В

26.	Д
27.	Б
28.	Д
29.	А
30.	А
31.	В
32.	В
33.	Г
34.	В
35.	А
36.	А
37.	Б
38.	Б
39.	Д
40.	В

41.	Г
42.	В
43.	Б
44.	Б
45.	А
46.	Г
47.	А
48.	Д

49.	Б
50.	Д

51.	А
52.	А
53.	Д
54.	Д
55.	Б
56.	Г
57.	А
58.	А
59.	В
60.	А

61.	А
62.	А
63.	Б
64.	Г
65.	Г
66.	Д
67.	В
68.	В
69.	Д
70.	А

71.	Б
72.	Г
73.	В
74.	Б
75.	В
76.	В
77.	В
78.	В
79.	В,Г
80.	Б,В,Г

81.	Б
82.	А
83.	В
84.	Б,В
85.	А

86.	Г
87.	А
88.	В
89.	А
90.	Б

91.	В
92.	В
93.	В
94.	А
95.	В
96.	Г
97.	Б
98.	Б
99.	Д
100.	Д

## 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	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
V	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.
V	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.
V	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.
H	-	002
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза

Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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

		ны, 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, удевочек с пельвиоперитонитом). Необходимо выполнить общий анализ крови с определением группы крови и резус-фактора, геморагическим 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.
В	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.
В	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 программированную 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.

Н		004
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик 8 лет болен, со слов матери, около месяца. Отмечалось снижение аппетита, похудание, вялость, боли в животе без чёткой локализации. Периодически повышалась температура до 38-39°. Лечился амбулаторно по поводу гриппа. Осматривался хирургом в связи с болями в животе, данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Последние 3 дня состояние ухудшилось. Наросла вялость, слабость, постоянная температура 38-39°, жидкий стул до 3 раз в день. При поступлении в стационар состояние ребёнка тяжёлое. Бледные, сухие кожа и слизистые. Пульс до 180 уд.в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, мягкий. В брюшной полости, справа от средней линии, пальпируется бугристое, без чётких границ, малоподвижное образование. При ректальном исследовании патологии нет. В ан.крови – анемия, ускорение СОЭ.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Нейрогенная опухоль забрюшинного пространства
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью: предположена опухоль без указания локализации.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок болен в течение месяца: периодические боли в животе, вялость, слабость, похудание. При осмотре определяется опухоль, малоподвижная, бугристая. Имеются признаки гормональной активности опухоли: высокое давление, тахикардия, фебрилитет. Следовательно, вероятно имеется нейрогенная опухоль забрюшинного пространства.
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	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с другими опухолями, прежде всего с нефробластомой. Признаки гормональной активности опухоли: высокое давление, тахикардия, фебрилитет указывают на нейрогенную опухоль забрюшинного пространства.
Р2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
Р1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
Р0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана



		НОЗОЛОГИЯ.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить в/в урографию (на ней отмечается смещение чашечно-лоханочного аппарата правой почки). Также провести КТ, МРТ (имеется опухолевидное образование забрюшинного пространства справа). Также необходимо взять анализ крови на онкомаркёры.
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		Назначение детским онкологом в стационаре полихимиотерапии, после чего – оперативного лечения – удаления опухоли.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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		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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик 15 лет 3 года назад перенёс операцию по поводу острого 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.
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.
В	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.
Н		007
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Инвагинация кишечника.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	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		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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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		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
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 2,0x2,0см, не выбухает, мышечный тонус и рефлексы новорожденно-го значительно снижены. Дыхание самостоятельное, проводится вез-де, 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 со-держимого с примесью желчи. Самостоятельного стула у ребёнка в течение 2-х суток не было. Общий ан.крови: Нв-182г/л, эр.- $4,7 \times 10^{12}/л$ , ЦП-1,16, тромб.- $267,9 \times 10^9/л$ , Нт-51%, лейко.- $24,7 \times 10^9/л$ (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., лейко.-ед. Общий белок крови-44,1г/л, калий-4,5ммоль/л, натрий-139 ммоль/л, билирубин-29,6ммоль/л (прямой-0), АсАТ-0,41 мккат/л, АлАТ-0,12 мккат/л, мочевины-4,1ммоль/л, креатинин – 0,097 ммоль/л.
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Врожденная высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-п-кишки).
<b>Р2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>Р1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>Р0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		Беременностьотягощена, было многоводие. После рождения живот ладьевидной формы, стула не было. По назогастральному зонду в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи.
<b>Р2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>Р1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>Р0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		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.
<b>Р2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>Р1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>Р0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.

В	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.
В	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.
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 прослушивается справа. На третьи 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.: Нв 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.
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Диафрагмальная грыжа слева.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		Беременность отягощена. После рождения через 8 часов нарасла 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.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с врожденной 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.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		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.
<b>P2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>P1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>P0</b>		Методы обследования выбраны неверно.
<b>В</b>	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
<b>Э</b>		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		011
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больная Н., 5л.</b></p> <p><b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых родов. Масса тела при рождении 3520г. Росла и развивалась по возрасту. Прививки в срок.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> наблюдается нефрологом по поводу вторичного рецидивирующего пиелонефрита. Проводилась консервативная терапия. Направлялась на консультацию к урологу, мать от операции отказалась. Поступила в ДООБ на урологическое обследование.</p> <p><b>При поступлении:</b> 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><b>ОАК :</b> Нв 133г/л, эритроциты <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>340,0 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>5,6 \times 10^9/л</math>, п/я 1%, с/я 73%, эозинофилы 2%, лимфоциты 13%, моноциты 11%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p><b>ОАМ:</b> 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><b>Биохимия крови:</b> <math>K^+</math> 4,3 ммоль/л, <math>Na^+</math> ммоль/л, <math>Ca^{2+}</math> 2,15 ммоль/л, хлориды 90,5 ммоль/л, креатинин 0,042ммоль/л, мочевины 2,8 ммоль/л.</p> <p><b>Посев мочи:</b> роста нет.</p> <p><b>УЗИ почек:</b> полости синусов: слева стабильное расширение до 15 - 16 мм, стенки не утолщены. Чашечки: тотальное расширение всех групп слева, объёмные 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 пиелозктазия 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.
Н		012
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<b>Больной В., 2г.</b> Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, первых срочных родов. Рос и развивался по возрасту. Прививки по календарю. Анамнез заболевания: с рождения отмечается патология полового

		<p>члена. <b>Status localis:</b> половой член имеет крючкообразную деформацию, вентральный наклон головки полового члена на <math>40^{\circ}</math>, кавернозные тела плохо развиты, дряблые. Наружное отверстие уретры открывается в члено-мошоночном углу. Крайняя плоть расположена в виде «фартука» по дорсальной поверхности. На вентральной поверхности кожа дисплазирована, имеется выраженная хорда. Меатус сужен. Мочится сидя с разбрызгиванием струи мочи, тонкой струёй.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв 129 г/л, эритроциты <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>382,2 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>5,4 \times 10^9/л</math>, с/я 46%, эозинофилы 1%, лимфоциты 52%, моноциты 1%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 60 мл, цвет светло-жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1027, реакция кислая, белок отриц., глюкоза отриц.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Гипоспадия, проксимальная форма (члено-мошоночная), меатостеноз.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У мальчика имеется патология полового члена с выраженным искривлением и дистопией меатуса в члено-мошоночный угол. Меатус сужен, струя мочи тонкая.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эписпадией. При эписпадии половой член подтянут к лону кверху, имеется дистопия меатуса по дорсальной поверхности.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить УЗИ почек, чтобы исключить сочетанную патологию. Также по показаниям провести уретрографию и уретроскопию, чтобы исключить наличие синуса.
<b>P2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>P1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>P0</b>		Методы обследования выбраны неверно.

В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение-устранить деформацию полового члена с последующей уретропластикой из кожи крайней плоти.
Р2		Тактика лечения определена полностью.
Р1		Тактика лечения определена неполностью.
Р0		Тактика лечения не определена.
Н		013
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/08.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больной А., 1 год 2мес.</b></p> <p><b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от первой беременности, первых срочных родов. Вес при рождении 3400г. Находился на грудном вскармливании до 3 мес. Рос и развивался соответственно возрасту. Прививки по календарю.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> ребёнок случайно выпил 70% раствор уксусной кислоты, через 1 час обратился к хирургу. Ребёнок беспокоится, отказывается от еды, имеется выраженная гиперсаливация.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв 117 г/л, эритроциты <math>3,6 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,95, лейкоциты <math>7,6 \times 10^9/л</math> (п/я 4%, с/я 49%, эозинофилы 5%, базофилы 1%), лимфоциты 32%, моноциты 29%, СОЭ 22 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 50 мл, цвет светло-жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1011, реакция кислая, белок отриц., эпителий плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Химический ожог пищевода уксусной кислотой.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Имелся факт попадания уксусной кислоты в пищевод ребёнка, он беспокоится, отказывается от еды, имеется гиперсаливация.
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	Какой алгоритм оказания первой помощи в данной ситуации?
Э		Необходимо промыть пищевод и желудок обычной водой для уменьшения контакта химического агента со слизистой желудка и его дальнейшего всасывания. Также следует ввести анальгетики

		(Sol.Nurofeni-1ч.л. перорально), гормоны (Prednizoloni 4мг в/м), антибиотик (Sol.Cefotaximi 150тыс.в/м), направить в ОДБ.
P2		Первичная помощь оказана верно.
P1		Первичная помощь оказана неполностью.
P0		Первичная помощь оказана неверно.
В	4	Какие дополнительные методы обследования в стационаре необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ФГС, чтобы определить степень ожога, провести осмотр ротовой полости лор-врачом.
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		При подтверждении ожога пищевода 3 степени (выполняется дважды: при поступлении и через 7-10 дней) начать методику раннего бужирования пищевода.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		014
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больной А., 2л.</b>  <b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от первой беременности, первых срочных родов, протекавших без патологии. Масса при рождении 3420г. Оценка по шкале Апгар 8 баллов.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> клиника рецидивирующего пиелонефрита отмечается с 10 мес. <b>При УЗИ почек:</b> слева расширение лоханки и мочеточника до 25 мм. Справа расширение лоханки до 8 мм и мочеточника до 6мм. Контуры лоханок утолщены до 2-3 мм. Чашечки слева расширены до 10 мм. Эхоструктура паренхимы левой почки визуализируется неотчётливо, корковый слой истончён.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв 103 г/л, эритроциты <math>3,3 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,92, лейкоциты <math>5,9 \times 10^9/л</math>, СОЭ 32 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 10 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1020, реакция кислая, белок отриц., лейкоциты 0-1 в поле зрения.</p> <p><b>Анализ мочи по Нечипоренко:</b> без патологии.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> мочевины 6,9 ммоль/л, креатинин 0,04 мкмоль/л, электролиты и белки крови – без патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		2-х-сторонний уретерогидронефроз. Вторичный хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, ремиссия, ХПН.
P2		Диагноз поставлен верно.

P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У мальчика имеется патология почек: 2-х-сторонний уретерогидронефроз по данным УЗИ с истончением паренхимы слева, в анализе крови ускорение СОЭ, повышены уровни мочевины и креатинина крови.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с простым гидронефрозом (при этом не расширены мочеточники) и с ПМР (необходимо выполнить цистографию).
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 дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить цистографию (исключить ПМР). Также провести доплерографию почек, по показаниям- уретроцистоскопию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение- при нерефлексирующем уретерогидронефрозе и сохранении функции почек- стентирование мочеточника или уретероцистостомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		015
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Анамнез жизни: Ребёнок от 5-й беременности с угрозой прерывания

		<p>первой и второй половины, гестозом, прибавкой в весе 20 кг; первых срочных родов. Роды оперативные (внутриутробная гипоксия). Вес при рождении 3800 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В родильном доме желтуха средней степени. Выписан на 9 сутки. На искусственном вскармливании. С рождения срыгивал. Прибавка веса за 1й месяц 1 кг.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> Ребёнок с рождения срыгивал. С месячного возраста появились частые срыгивания, затем рвота фонтаном створоженным молоком через 2-3 часа. Появились жалобы на редкие мочеиспускания, малую прибавку в массе тела (за последние 2 недели прибавка веса 300 г.).</p> <p>Состояние ребёнка тяжёлое. Ребёнок вялый, изо рта подтекает светлая слизь. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, мраморные на туловище, сухие. Видимые слизистые чистые, розовые, суховатые. Большой родничок 2*2 см, не выбухает. Мышечный тонус снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД = 40 в минуту. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные, ЧСС = 144 в минуту. Живот мягкий, подвздут. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не увеличена. Перистальтика оживлена. Стул скудный, кашицеобразный. Диурез снижен.</p> <p><u>ОАК</u> Нб – 136 г/л; Ег - <math>4,13 \cdot 10^{12}</math>/л; Ц. пок. – 0,98; Нт – 38%; Тг – <math>307,5 \cdot 10^9</math>/л; Le – <math>12,4 \cdot 10^9</math>/л; п/я- 1; с/я- 36; э-4; Лимф – 39; м – 20.</p> <p><u>ОАМ</u> кол-во – 2 мл; цвет – желтый; прозрачность – мутная; относит. плотность – 1020; р-я – нейтральная; белок – 0,816 г/л. Эпителий: плоский – ед. в п/з; переходный – 2-3 в п/з; Le – 45-50 в п/з. Ег – неизменённые 10-12 в п/з, изменённые 2-4 в п/з. Дрожжеподобные клетки в умеренном количестве. Бактерии +++.</p> <p><u>Биохимический анализ крови</u> Общ. белок – 61,5 г/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 13,7 ммоль/л; АсАТ – 0,31 мккат/л; АлАТ – 0,28 мккат/л; мочевины – 4,7 ммоль/л; креатинин – 0,056 ммоль/л.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Пилоростеноз.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка имеются срыгивания, рвота «фонтаном» створоженным молоком с месячного возраста, малая прибавка веса, редкие мочеиспускания, скудный стул.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пилороспазмом. При пилороспазме срыгивания с рождения, небольшим количеством молока, нет рвоты «фонтаном», прибавка в весе доста-



		точная. Необходимо выполнить пальпацию живота (определяется утолщенный привратник, симптом «песочных часов»), ФГС, 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.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ФГС, УЗИ брюшной полости, по показаниям-рентгеноконтрастное исследование. Также взять анализ крови на электролиты (потери калия и натрия со рвотой).
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 и подготовки (инфузионная терапия, дробное энтеральное питание по 10 мл сцеженного молока) в течение 1-2-х дней необходимо выполнить оперативное лечение-открытую или лапароскопическую пилотомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		016
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной А., 3г.  <u>Анамнез жизни:</u>  Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне кольпита, уреомикоплазмоза, Leus на ранних сроках, многоводия и амнионита, эпилепсии, алкогольного опьянения. Роды 1срочные с амниотомией, с разрывом промежности 1 степени. Апгар 8/9 баллов, вес при рождении 6640 г, длина - 53 см. Грудное вскармливание до 2 месяцев. УЗИ головного мозга в роддоме: экзогенность умеренно выражена. Выписан из роддома на 5 сутки. Угроза ППЦНС, врожденный Leus. Привит по календарю. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез спокойный.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u>  Заболел остро с повышения температуры тела до 37,4 С. Через 2 дня появился насморк, редкий кашель, лечился амбулаторно. При повторном осмотре самочувствие неплохое. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. В ротоглотке спокойно. Периферические</p>

		<p>лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Пальпируется объемное образование в правой половине живота, мягкоэластической консистенции, безболезненное. Печень +4 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул оформленный.</p> <p>ОАК.: Нв 96 г/л, Эр <math>3,5 \times 10^{12}/л</math>, ЦП 0,85 Лей <math>6,9 \times 10^9/л</math>, п/я 5%, с/я 60%, э 12%, л 16%, м 7%, СОЭ 26.</p> <p>ОАМ: бесцветная, прозрачная, рН – кислая, плотность – 1011, белок отрицат, эпиг. перех. – 0-2 в п/з.</p> <p>УЗИ: в проекции правой почки объемное образование больших размеров, объем 299 куб см.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Нефробластома справа.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью: предположена опухоль без указания локализации.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		Ребёнок имеет отягощённый акушерский анамнез. При осмотре определяется опухоль больших размеров. У мальчика субфебрилитет, анемия, ускорение СОЭ в анализе крови. По данным УЗИ – опухоль правой почки.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с другими опухолями, прежде всего с нейрогенной опухолью забрюшинного пространства, для которой типичны признаки гормональной активности опухоли: высокое давление, тахикардия, фебрилитет, расположение рядом с позвоночником, отсутствие смещаемости, бугристая поверхность.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить в/в урографию (на ней отмечается деформация чашечно-лоханочного аппарата правой почки опухолью) или провести КТ с контрастированием, возможно - МРТ (имеется опухоль правой почки). Также необходимо взять анализ крови на онкомаркеры.

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		Назначение детским онкологом в стационаре полихимиотерапии, после чего – оперативного лечения – удаления опухоли.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		017
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной Э., 2г.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u></p> <p>Ребенок от 4 беременности, 4 родов на 30 неделе с весом 1350 г, длиной – 40 см. ППЦНС, выраженная задержка психомоторного развития (начал ходить с 1 г 7 мес). Искусственное вскармливание с рождения.</p> <p>Осматривался невропатологом, установлен Ds: Левосторонний смешанный нижний монопарез на резидуальном фоне. В связи с видимыми нарушениями левой стопы направлен к хирургу.</p> <p>При осмотре самочувствие неплохое. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.</p> <p>Status localis: На наружном крае левой стопы натоптыш. Имеется подошвенное сгибание стопы в голеностопном суставе, поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края стопы главным образом предплюсны и плюсны, и приведение стопы в переднем отделе при одновременном увеличении свода стопы.</p> <p>ОАК: Hb 130 г/л, Эр <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, Тр 284, ЦП 0,97, Лей <math>4,9 \times 10^9/л</math>, с/я 24%, э 3%, л 70%, м 3%, СОЭ 7.</p> <p>ОАМ: бесцветная, полная прозрачность, рН – нейтральная, плотность – 1005, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/з, лей – 0-1 в п/з.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врожденная косолапость слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок поздно начал ходить, неврологом установлен монопарез ле-

		вой нижней конечности, лечение без эффекта. При осмотре имеются локальные признаки врожденной косолапости: подошвенное сгибание+поворот кнутри+приведение+полая стопа.
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 монопарезом в результате неврологических нарушений. При настоящем заболевании сочетание местных признаков подтверждает врожденную косолапость.
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 рентгенографию левой стопы (варусно-эквиinusная деформация левой стопы), провести ЭМГ малоберцового нерва.
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		Учитывая возраст пациента, назначение детским ортопедом в стационаре– оперативного лечения. При начале лечения сразу после рождения было бы возможно консервативное лечение: специальное бинтование с выведением стопы в правильную позицию, использование гипсового сапожка.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		018
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	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Д., 5 сут. Анамнез жизни:

		<p>Ребёнок от 5 беременности, 2 преждевременных родов (срок 34 нед). Роды экстренные, оперативные (отслойка плаценты). Вес при рождении 1590г. Крика не было. Проводились реанимационные мероприятия.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> С вечера 5-х сут. жизни состояние ухудшилось, появилось вздутие живота, срыгивание. В легких выслушивались влажные хрипы. Стула не было.</p> <p><u>При осмотре:</u> Состояние очень тяжёлое. Ярко выражены признаки незрелости. Вялый. Кожа чистая, суховатая, с иктеричным оттенком, тургор мягких тканей значительно снижен. Отёчность стоп, голеней. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Б/р 1,0*1,0 см. Мышечный тонус и рефлексы новорождённых снижены. Дыхание ослаблено над нижними отделами, хрипов нет. ЧД – 60 в мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС – 114 в мин. Живот резко вздут, болезнен при пальпации, перистальтика не выслушивается. На передней брюшной стенке отмечается гиперемия кожи вокруг пупка, больше в верхней части, её отёчность. Печень у края рёберной дуги. Стула при осмотре не было. Пупочная ранка чистая.</p> <p>ОАК: Нб 185 г/л, Эр <math>6,5 \times 10^{12}/л</math>, Тр 261 ЦП 0,92 Лей <math>7,6 \times 10^9/л</math> (п/я 4% с/я 18%, Э 2 %, л 51%, м 19%), СОЭ 3.</p> <p>ОАМ.: жёлтая, полная прозрачность, рН – кислая, плотность – 1014, белок – 0,114., Le 1-2 в п /зр.</p> <p><i>Рентгенограмма брюшной полости:</i> свободного газа и жидкости нет. Вздуты петли кишечника, мелкие пузырьки воздуха в стенке кишки.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Некротизирующий энтероколит, стадия предперфорации.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		Ребёнок недоношенный, маловесный. Имелись факторы гипоксии: отслойка плаценты, оперативные роды, реанимационные мероприятия. После рождения с 5-х суток вздутие живота, болезненность, изменения передней брюшной стенки. На обзорном снимке брюшной полости- пневматоз кишечника.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с педиатрической стадией НЭКа. В данном случае вздутие, болезненность живота, изменения передней брюшной стенки свидетельствуют о наличии перитонита. Пневматоз стенки кишки – стадия предперфорации

		НЭКа.
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 УЗИ брюшной полости, обзорный снимок в динамике.
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		В данном случае в экстренном порядке следует выполнить лапароскопию с установкой дренажа. Взять содержимое на посев и цитологию. Установить назогастральный зонд, проводить парентеральное питание, антибиотикотерапию. При прогрессировании процесса, наличии воспалительных изменений экссудата – оперативное лечение – лапаротомия, ревизия брюшной полости.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		019
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больная Н., 2 сут.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> Ребенок от 2 беременности (1 – выкидыш в 14 нед), протекавшей с угрозой прерывания беременности, ФПН. Роды оперативные. Вес при рождении 2300г.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> При рождении живот больших размеров. Меконий вязкий, отходит. Срыгивает створоженным молоком. Со 2-х суток – обильная рвота меконияльным содержимым.</p> <p><u>При осмотре:</u> Состояние очень тяжелое. Крик болезненный, страдальческое выражение лица. Умеренно выражены признаки незрелости. Кожа чистая, суховатая, тургор мягких тканей значительно снижен. Отечность стоп, голеней. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Б/р 2,0*2,0 см. Дыхание ослабленное над нижними отделами, хрипов нет. ЧД – 52 в мин. Тоны сердца ясные, звучные. ЧСС – 132 в мин. Живот резко вздут, визуализируются раздутые петли кишечника, кожа истончена, с цианотичным оттенком. Живот пальпации не-</p>

		<p>доступен. Стул мекониальный, вязкий.  ОАК: Нь 171 г/л, Эр 5,1 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 311, ЦП 1,О, Лей 7,6 x 10<sup>9</sup>/л, с/я 54%, Э 4 %, л 29%, м 2%, СОЭ 28.  ОАМ: желтая, неполная прозрачность, рН – щелочная, плотность – 1008, белок – 0,298.  Рентгенограмма брюшной полости: свободного газа и жидкости нет. Вздуты петли кишечника, мелкие пузырьки воздуха в стенке кишечника.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Мекониальная низкая кишечная непроходимость, перитонит (предперфорация).
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		Ребёнок недоношенный, маловесный. Имелись факторы наследственного неблагополучия: предыдущая беременность закончилась выкидышем; гипоксия- угроза прерывания беременности, ФПН. После рождения со 2-х суток вздутие живота при наличии стула (отходит вязкий меконий), болезненность живота, визуализируются раздутые петли кишечника, истончение передней брюшной стенки. Стул регулярный - отходит вязкий меконий, рвота мекониальным содержимым. На обзорном снимке брюшной полости- пневматоз кишечника. Воспалительные изменения в анализе крови.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с низкой кишечной непроходимостью, при которой полностью отсутствует стул, на рентгенограмме – множественные уровни жидкости.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, обзорный снимок в динамике, обследование на муковисцидоз.
<b>P2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>P1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>P0</b>		Методы обследования выбраны неверно.

В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае в экстренном порядке следует выполнить лапароцентез с установкой дренажа. Установить назогастральный зонд, проводить парентеральное питание, антибиотикотерапию. При прогрессировании процесса – лапаротомия, илеостомия. В лечении использовать АЦЦ.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		020
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной Х., 8 сут.</p> <p><u>Анамнез жизни:</u> Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне хронического пиелонефрита, отеков, 1 срочных родов, с преждевременным излитием околоплодных вод. Родостимуляция экзопростом. Однократное обвитие пуповины вокруг шеи. Вес при рождении 3750г. Апгар 6/7баллов. Закричал после реанимационных мероприятий.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> Из род.зала переведен в отделение интенсивной терапии, на 5 день приложен к груди. Сосал активно. На 7-день удален пупочный остаток (инфицированный). На 8-й день появилось отделяемое из пупочной ранки желтого цвета, жидкое, истекало при плаче. Живот не вздут, мягкий. Стул был.</p> <p><u>При осмотре:</u> Состояние не нарушено. Телосложение правильное, рефлексы вызываются. Тремор верхних конечностей. Кожа чистая. В ротоглотке спокойно. Б/р 1,5*2,0 см. Дыхание жесткое, проводится во всех полях. ЧД – 38 в мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС – 140 в мин. Живот мягкий, подвздут. Печень у края реберной дуги. Стул самостоятельный.</p> <p><u>Локальный статус:</u> В области пупочной ранки имеется фистула, высланная кишечным эпителием, ярко-розового цвета. Через неё отходит кишечное содержимое желтого цвета и газы. Кожа вокруг гиперемирована.</p> <p><u>ОАК:</u> Нб 209 г/л, Эр 6,3 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 277x10<sup>9</sup>/л ЦП 0,99 Лей 22,3 x 10<sup>9</sup>/л , п/я 7%, миелоциты 1 с/я 52%, Э 6 %, л 29%, м 5%, СОЭ 2.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Полный свищ пупка.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеется фистула, высланная кишечным эпителием, по



		которой отходит кишечное содержимое.
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 ятрогенным повреждением петли кишки при омфалоцеле малых размеров. Но в этом случае кишечное содержимое появляется сразу после отсечения пуповины. Также нужно дифференцировать с персистирующим урахусом, но в этом случае направление свищевого хода вниз к мочевому пузырю, содержимое – моча.
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 УЗИ брюшной полости, обзорный снимок, по показаниям - фистулографию.
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		В данном случае необходимо оперативное лечение: лапаротомия, резекция участка кишки, несущей свищ.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		021
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больная Т., 15 лет.</b></p> <p><b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от третьей беременности, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Прививки по возрасту.</p> <p><b>Анамнез заболевания:</b> у девочки с раннего возраста отмечается энурез. Лечение у невролога без особого эффекта. При УЗИ почек выявлено удвоение верхних мочевых путей справа. В связи с этим</p>

		<p>была направлена на консультацию к детскому хирургу. При осмотре состояние девочки удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. Мочеиспускание не нарушено, 4-5р.в день. Ночью «сухая». Но на трусиках имеется постоянно «мокрое пятно».</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Hb 141 г/л, эритроциты <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>222,6 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>6,7 \times 10^9/л</math>, с/я 54%, эозинофилы 11%, базофилы 1%, лимфоциты 32%, моноциты 2%, СОЭ 4 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 100 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок - отриц., эпителий: плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты изменённые 0-1 в поле зрения, слизь – умеренное количество.</p> <p><b>Анализ мочи по Нечипоренко:</b> лейкоциты – 750 в мл., эритроциты 250 в мл.</p> <p><b>Протеинограмма:</b> общий белок 71,3 г/л, альбумины 57,9%, глобулины: a1-3,1%, a2-9,5%, b-13,7%, g-15,8%. Креатинин крови 0,045 ммоль/л.</p> <p><b>Электролиты крови:</b> <math>K^+</math> 4,8 ммоль/л, <math>Na^+</math> 145 ммоль/л, <math>Ca^{2+}</math> 2,34 ммоль/л, хлориды 102,1 ммоль/л, мочевины 2,66 ммоль/л.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Полное удвоение мочевых путей справа. Внепузырная эктопия устья мочеточника удвоенной почки справа. Ложное недержание мочи.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У девочки имеется симптом «мокрого пятна», лечение без эффекта, по данным УЗИ – удвоение мочевых путей.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с энурезом, нейрогенным гиперрефлекторным мочевым пузырём. Ритм мочеиспусканий соответствует норме. Нет императивных позывов, нет недержания мочи при императивных позывах – кашле, чихании, физическом напряжении. Таким образом, нет данных за нейрогенный мочевой пузырь. У девочки нет ночного недержания мочи, в то же время лечение энуреза неэффективно.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.

В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить внутривенную урографию, чтобы подтвердить удвоение верхних мочевых путей. Провести пробу с «синькой» (раствором индигокармина) для подтверждения внепузырной эктопии устья мочеточника удвоенной почки. Также произвести запись ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрию.
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		В данном случае необходимо оперативное лечение: при сохранении функции верхнего сегмента почки- межмочеточниковый анастомоз, при утере- верхнюю геминефрэктомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		022
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	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной А., 4г.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> заболел 2 дня назад, когда ребёнок стал беспокойным, жаловался на боли в животе. Ночью спал плохо, днём от еды отказывался, не играл. Повышение температуры до 38°C. Направлен в стационар.</p> <p><u>При поступлении:</u> Состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, беспокоят боли в животе. Температура 37,9°C. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Расчесы спины. Лимфатические узлы не увеличенные, мягкоэластической консистенции, безболезненные.</p> <p>В ротоглотке чисто, гиперемии нет. Язык обложен грязным налетом.</p> <p>Дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧД 24 в мин.</p> <p>Тоны сердца ясные, чистые, ритмичные. ЧСС 120 в мин.</p> <p>Живот умеренно вздут, напряжен, резко болезненный в правой подвздошной области. Положительные симптомы раздражения брюшины здесь же.</p> <p>Стула не было. Мочится редко.</p> <p><u>ОАК:</u> Hg - 129 г/л; Eг – 3,9 x 10<sup>12</sup>/л; Ц.пок. – 0,99; Тг - 195 тыс x 10<sup>9</sup>/л ; Le – 20,2 x 10<sup>9</sup>/л ; п/я - 3;с\я - 69; э - 2; Лимф - 19; м – 7, СОЭ - 33 мм/час, сахар – 4,6 г\л.</p> <p><u>ОАМ:</u> цвет - бесцветный; прозрачность - полная; относит. плотность - 1015; р-я - нейтральная; белок – 0,076; эпителий 0-2 в пзр; лейкоци-</p>

		ты – 1-2; эритроциты – 1-2; слизь +; аморфные фосфаты ++. Биохимия: общ. белок – 72,2 г/л; К – 4,1; Na – 138; мочевины- 4,33 ммоль\л; креатинин-0,142 ммоль\л; АсАТ – 0,67мккат\л; АлАТ-0,29 мккат\л; биллир.общ. – 10,3; прямой – 2,1.
<b>В</b>	<b>1</b>	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>	-	Острый аппендицит.
<b>P2</b>	-	Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен «острый живот»
<b>P0</b>	-	Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	<b>2</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>	-	Диагноз острого аппендицита установлен на основании: -анамнеза — острое развитие заболевания - жалоб больного на боли в животе; -наличие беспокойства, ребенок не спал ночью, отказывается от еды; - данных объективного исследования (температура тела 37,9°, язык с налётом, пульс 120уд.в мин., живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Отмечается ригидность передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области. - в анализе крови- воспалительные изменения (лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускорение СОЭ).
<b>P2</b>	-	Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	<b>3</b>	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ОРЗ с абдоминальным синдромом (в данном случае нет катаральных явлений, имеются локальные симптомы, типичные для аппендицита, воспалительные изменения в анализе крови с преобладанием нейтрофилёза). Также дифференцировать надо с мезаденитом, при котором имеется нечеткая локализация болей, ближе к пупку, не выражена ригидность мышц, нет перитонеальных симптомов.
<b>P2</b>	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	<b>4</b>	Определите тактику ведения пациента.
<b>Э</b>	-	Необходимо оперативное лечение по экстренным показаниям — лапароскопическая или открытая аппендэктомия. До операции проводится кратковременная инфузионная терапия: инфузия раствора стерофундина 300 мл внутривенно, за 30 минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 0,5гр.
<b>P2</b>	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств

P1	-	Ответ не полный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Выбрана неверная тактика лечения.
B	5	Определите тактику послеоперационного ведения пациента.
Э	-	В послеоперационном периоде необходимы: в ближайшем периоде - постельный режим, холод на живот на 2 часа, не кормить, проводить инфузионную трапию (раствор глюкозы 5%-250мл+физиологический раствор-250мл внутривенно), продолжить антибиотикотерапию - цефотаксим-100мг/кг-суточная доза в 3 приёма в/в.
P2	-	Ответ верный. Все мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Выбрана неверная тактика лечения.
H		023
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластичное болезненное образование размером 6х4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Ущемлённая паховая грыжа слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластическое болезненное образование, при этом яички в мошонке. Образование появилось остро, 5 часов назад, ребёнок беспокоится, жалуется на боли в животе.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с остро развившейся кистой семенного канатика, при которой нет абдоминального болевого синдрома, киста смещается при потягивании за семенной канатик, при диафаноскопии определяется жидкостное содержи-

		мое, пальпируется свободное паховое кольцо. Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с паховым лимфадени- том, при котором имеется более длинный анамнез, местные воспали- тельные изменения.
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 выпол- нить?
Э		При осмотре следует пропальпировать паховое кольцо (при ущем- лённой грыже оно чётко не определяется), провести диафаноскопию. Взять общий анализ крови, геморрагический комплекс, группу крови и резус-фактор.
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		В данном случае в связи с малым сроком ущемления необходимо ввести спазмолитики, местно положить тепло, успокоить ребёнка. При отсутствии эффекта экстренное оперативное лечение: грыжесе- чение с ревизией содержимого грыжевого мешка.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		024
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		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Е., 15л. Ребенок от 1 беременности, срочных родов, с весом 2300 г. <u>Анамнез заболевания:</u> 2 года назад оперирован в ЦРБ по поводу флегмонозного аппендици- та. В послеоперационном периоде обнаружена лейкоцитурия, отме- чались боли в поясничной области справа. Выполнено УЗИ почек, обнаружено расширение полостной системы правой почки и моче- точника. После выписки из стационара поступил на урологическое обследование. <u>При поступлении:</u> Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Жалоб нет. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Под- кожно-жировой слой выражен умеренно. Зев не гиперемирован. Пе- риферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболез-

		<p>ненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный.</p> <p>ОАК: Нб 137 г/л, Эр 4,1 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 295, ЦП 0,99, Лей 4,5 x 10<sup>9</sup>/л (с/я 60%, п/я 2%, э 2%, л 33%, м 3%), СОЭ 15.</p> <p>ОАМ: светло-желтая, полная прозрачность, рН – кислая, плотность – 1019, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лейкоц. – 0-1 в п/зр.</p> <p>УЗИ почек: правая почка значительно уменьшена в размерах, члкрасширен, паренхима истончена до 2-3мм, мочеточник расширен до 10мм.</p> <p>Допплерография почек: кортикальный кровоток справа регистрируется только на уровне дуговых артерий; снижение показателей объёмного кровотока справа.</p> <p>Внутривенная урография- функция правой почки резко снижена.</p> <p>Цистография- ПМР нет.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Нефункционирующая почка справа на фоне обструктивного уретерогидронефроза. Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение, ремиссия, ПНО.
<b>Р2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>Р1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>Р0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка «случайно» после операции в связи с лейкоцитурией обнаружены изменения правой почки, имеющие необратимый характер – терминальную стадию уретерогидронефроза (паренхима резко истончена до 2-3мм, функция практически отсутствует, кортикальный кровоток только на уровне дуговых артерий).
<b>Р2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>Р1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>Р0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с рефлюксным уретерогидронефрозом. В данном случае ПМР нет, поэтому характер врождённого уретерогидронефроза нерефлюксирующий.
<b>Р2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>Р1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>Р0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить радиоизотопное исследование - статическую нефросцинтиграфию.

P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана нефруретерэктомия справа в плановом порядке, контроль за анализами мочи.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		025
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной Д., 9л.  <u>Анамнез жизни:</u>  Ребёнок от 1 беременности, срочных родов с весом 2300 г.  <u>Анамнез заболевания:</u>  С рождения отмечались запоры, недержание кала. В последние 2 года недержание кала усилилось.  <u>При осмотре:</u>  Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезёнка не увеличены.  Локальный статус: промежность развита удовлетворительно, анальное отверстие расположено аномально, близко к корню мошонки, сокращается только по задней полуокружности. Отмечается недержание жидкого кала, плотного кала при нагрузке.  ОАК: Нб 130 г/л, Эр 4,0 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 284, ЦП 0,97, Лей 4,9 x 10<sup>9</sup>/л (с/я 24%, э 3%, л 70%, м 3%), СОЭ 7.  ОАМ: бесцветная, полная прозрачность, рН – нейтральная, плотность – 1005, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лей – 0-1 в п/зр.</p>
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеется нетипичное расположение ануса (близко к корню мошонки), недержание кала.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков



		не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эктопией ануса. При эктопии ануса имеется го внутрисфинктерное расположение, функция заднего прохода не нарушается. У ребёнка имеется сокращение сфинктера только по задней полуокружности (сзади от свищевого отверстия), с рождения запоры, недержание кала.
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 дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ректальный осмотр, фистулографию, УЗИ промежности, ЭМГ анального сфинктера.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана заднесагиттальная анопроктопластика в плановом порядке.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		026
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Ребёнок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появились одышка до 80 в минуту, цианоз, хрипящее дыхание. Температура тела 37,5°C. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа коробочный звук, аускультативно там же дыхание не прослушивается.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Внебольничная деструктивная пневмония, пневмоторакс справа.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка раннего возраста имеется на фоне пневмонии резкое ухудшение состояния: нарастание одышки до 80 в минуту, цианоз, затруднённое дыхание, отсутствие дыхания справа при аускультации.
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 пиотораксом, пиопневмотораксом, однако больше данных за пневмоторакс, так как сверхострое развитие осложнения, вздутие грудной клетки справа, при перкуссии определяется коробочный звук, при аускультации отсутствие дыхания.
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 рентгенографию грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ плевральных полостей.
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		В данном случае показан экстренный торакоцентез справа. Техника торакоцентеза.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		027
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик Н., 11 лет, обратился с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевидное образование, несме-

		<p>щаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см.</p> <p>Температура тела нормальная. Анализ крови: НЬ 96 г/л, лейкоциты <math>6,5 \times 10^9</math>/л, СОЭ 56 мм/ч.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Остеогенная саркома правой бедренной кости.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка имеются жалобы на боли в области коленного сустава справа на протяжении 4-х недель, преимущественно ночного характера, при пальпации определяется опухоль в проекции дистального отдела правой бедренной кости, в анализе крови анемия, ускорение СОЭ до 56 мм/час.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым гематогенным остеомиелитом, при котором отмечаются острое начало заболевания, фебрилитет, невозможность встать на ногу, воспалительные изменения в анализе крови.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить рентгенографию бедра и голени правой нижней конечности, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, анализ крови на онкомаркеры.
<b>P2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>P1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>P0</b>		Методы обследования выбраны неверно.
<b>В</b>	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
<b>Э</b>		В данном случае показано оперативное лечение – ампутация правой нижней конечности после курса полихимиотерапии.
<b>P2</b>		Тактика лечения определена полностью.
<b>P1</b>		Тактика лечения определена неполностью.
<b>P0</b>		Тактика лечения не определена.

Н		028
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больная Н., 14 лет обратилась с жалобами на боли в течение 2 мес. в правой подвздошной области, возникающие как при ходьбе, так и в покое. Вечером отмечает подъёмы температуры тела до субфебрильных цифр. Стул регулярный, аппетит снижен. Больная несколько похудела (дефицит массы тела) 5% за 2 мес. При осмотре состояние больной средней тяжести, она бледная, астеничная, язык слегка обложен белым налётом. В правой подвздошной области пальпация умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. При бимануальном исследовании выявлено опухолевидное образование в правой подвздошной области, мягкоэластической консистенции, размерами 4х5 см, умеренно болезненное, подвижное. В клиническом анализе крови лейкоциты 7,5х10 <sup>9</sup> /л, НЬ 112 г/л, СОЭ 14 мм/ч, лейкоцитарная формула с небольшим нейтрофильным сдвигом влево. Пациентке проведено УЗИ: в правой подвздошной области выявлено образование в капсуле размерами 34х50х47 мм, смещает матку влево, связи с правой почкой нет.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Опухоль правого яичника.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У девочки-подростка имеются жалобы на боли в в правой подвздошной области на протяжении 2-х месяцев, независимо от положения тела, при пальпации определяется опухолевидное образование, девочка похудела за 2 мес., имеется постоянный субфебрилитет, в анализе крови – небольшие воспалительные изменения.
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	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с аппендикулярным инфильтратом, при котором имеются в анамнезе признаки острого начала заболевания, локальные симптомы воспалительного процесса в брюшной полости (ригидность мышц, перитонеальные симптомы), воспалительные изменения в анализе крови. Также необходимо дифференцировать с овариальной и параовариальной кистами яичника, при которых нет явлений постоянного субфебрилитета,

		снижения массы тела.
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 УЗИ органов малого таза, доплерографию яичников, образования, осмотр гинеколога, кровь на онкомаркёры, диагностическую лапароскопию.
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		В данном случае показано оперативное лечение – удаление опухоли с резекцией сальника (по показаниям).
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		029
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
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
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Ребёнок М., 9 лет, заболел остро, 2 дня назад, когда появились боли в нижней трети правого бедра, стойкое повышение температуры тела до 38-39 °С, хромота. Накануне играл в футбол, получил удар мячом.</p> <p>При осмотре ребёнок занимает вынужденное положение, на ногу не встаёт, пассивные движения резко болезненны. Виден отёк мягких тканей. Перкуссия в нижней трети бедренной кости болезненна.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острый гематогенный остеомиелит нижнего метафиза правой бедренной кости.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок заболел остро, имеется сочетание локальных признаков (болезненность, отёк бедра) и воспалительной реакции организма (высокая температура).
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков

		не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с травмой бедра, при которой отсутствуют фебрилитет, местные воспалительные изменения.
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 дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить общий анализ крови+гемокомплекс+группу крови и резус-фактор, возможны УЗИ правого бедра, при подозрении на травму- рентгенография бедренной кости (при чётких данных за остеомиелит рентгенографию выполнять через 2-3 недели), рентгенография грудной клетки (метастатическая септическая пневмония).
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано экстренное оперативное лечение – остеоперфорация нижнего метафиза правого бедра. Техника остеоперфорации.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		030
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<u>Анамнез заболевания:</u> Девочка Р., 12 лет, с раннего возраста наблюдалась у гастроэнтеролога по поводу периодических болей в животе, педиатра в связи с анемией, спленомегалией. Отстаёт в физическом развитии. В настоящее время заболела остро: состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота алой кровью и затем «кофейной гущей». Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Стула сегодня не было. АД 90/50 мм рт.ст. Гемоглобин 86 г/л.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Портальная гипертензия, внепечёночная форма. Состоявшееся кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Анемия средней степени тяжести.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеется длительный анамнез: абдоминальные боли, спленомегалия, анемия. Имеются признаки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, рвота алой кровью говорит о принадлежности к венам пищевода. Отмечается снижение АД, явления анемии.
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 язвенной болезнью желудка, при которой имеется соответствующий анамнез (боли после еды, голодные боли), рвота «кофейной гущей», мелена. Также необходимо проводить дифференциальный диагноз с внутрипечёночной формой портальной гипертензии, при которой имеются признаки цирроза печени (увеличение, уплотнение, длительный анамнез).
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 ФГС, УЗИ органов брюшной полости, при котором определить наличие венозной трансформации воротной вены, общий анализ крови, биохимический анализ крови.
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		В данном случае показано консервативное лечение: строгий постельный режим, исключить энтеральное питание, холод на живот, инфузионная терапия (Sol.Sterofundini-500, Sol.Natriichloridi0,9%-250, Sol.Glucosae5%-250 в/венно), Sol.Tranexami 850мг в/вено, Sol.Aethamzilatis12,5%-2,0 в/венно; при отсутствии эффекта- уста-

		новка зонда Блекмора; при сохранении кровотечения – эндоскопическая остановка кровотечения эндоскопистом путём введения склерозантов или наложения специальных колец на расширенные венозные узлы.
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, УК-3,	5	Отлично	90-100%
ПК-1, ПК-2,	4	Хорошо	80-89%
ПК-4, ПК-5,	3	Удовлетворительно	70-79%
ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12	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, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12.	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 несущественные 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.