

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике лапароскопическая 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
	<p>1. Лапароскопия в неотложной детской хирургии.</p> <p>2. Лапароскопия в плановой детской хирургии, урологии, онкологии, гинекологии.</p>	<p>УК-1; ПК-5; ПК-6</p>	<p><u>Знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями ▪ Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи детям с хирургическими заболеваниями <p>Принципы и методы хирургических вмешательств, лечебных манипуляций у детей с хирургическими заболеваниями</p> <p><u>Уметь:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Выявлять клинические симптомы и синдромы у детей с хирургическими заболеваниями <p>Выполнять хирургические вмешательства, лечебные манипуляции детям с хирургическими заболеваниями, определённые перечнем практической подготовки.</p> <p><u>Владеть:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Установление диагноза с учетом действующей Международной статистической <u>классификации</u> болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) • Выполнением отдельных этапов хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) 	<p>тесты</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>30</p> <p>10</p>

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

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Раздел 1. Лапароскопия в неотложной детской хирургии

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>1. Лапароскоп – это:</p> <p>А. устройство для визуализации видеoinформации</p> <p>Б. прибор для освещения внутренних полостей</p> <p>В. блок обработки видеосигнала и соединенной с ним кабелем камерной головки</p> <p>Г. оптический прибор, вводимый в брюшную полость для визуализации внутренних органов</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>2. Инсуффлятор:</p> <p>А. прибор, обеспечивающий подачу газа в брюшную полость</p> <p>Б. устройство для визуализации видеoinформации</p> <p>В. прибор для освещения внутренних полостей</p> <p>Г. блок обработки видеосигнала и соединенной с ним кабелем камерной головки.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>3. Электрохирургический аппарат – прибор для:</p> <p>А. получения высокочастотных электрических импульсов</p> <p>Б. преобразования световой энергию в тепловую при контакте с биологическими жидкостями</p> <p>В. преобразовании электроэнергии в ультразвуковые колебания</p> <p>Г. биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>4. Действие гармонического скальпеля основано на:</p> <p>А. биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением</p> <p>Б. получении высокочастотных электрических импульсов</p> <p>В. преобразовании световой энергию в тепловую при контакте с биологическими жидкостями</p> <p>Г. преобразовании электроэнергии в ультразвуковые колебания</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>5. Работа лазерно-хирургической установки предполагает:</p> <p>А. преобразования световой энергию в тепловую при контакте с биологическими жидкостями</p> <p>Б. биполярную электрокоагуляцию, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением</p> <p>В. получение высокочастотных электрических импульсов</p> <p>Г. преобразование электроэнергии в ультразвуковые колебания</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>6. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не</p>	УК-1, ПК-5,

<p>входят:</p> <p>А. острый аппендицит;</p> <p>Б. острый панкреатит;</p> <p>В. киста общего желчного протока;</p> <p>Г. киста поджелудочной железы;</p> <p>Д. ущемленная паховая грыжа.</p>	ПК-6
<p>7. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезёнки. Рекомендуются:</p> <p>А. лапароцентез;</p> <p>Б. лапароскопия;</p> <p>В. установка дренажа брюшной полости;</p> <p>Г. лапаротомия;</p> <p>Д. наблюдение, консервативная терапия.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>8. У ребенка клиника острого мезаденита. Необходимо:</p> <p>А. наблюдение;</p> <p>Б. оперативное вмешательство;</p> <p>В. лапароскопия;</p> <p>Г. назначение антибактериальной терапии;</p> <p>Д. перевод больного в терапевтическое отделение.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>9. 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;</p> <p>Б. лапароскопию;</p> <p>В. лапаротомию;</p> <p>Г. консервативную терапию;</p> <p>Д. наблюдение</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>10. У ребенка проникающее ранение брюшной полости в области правой доли печени. Состояние удовлетворительное. Гемодинамика стабильна. Перитонеальные знаки не выражены. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости. Хирургу следует рекомендовать:</p> <p>А. лапароцентез;</p> <p>Б. лапароскопия;</p> <p>В. лапаротомия;</p> <p>Г. наблюдение;</p> <p>Д. консервативная терапия.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>11. При первичном перитоните рационально выполнить:</p> <p>А. лапароскопию;</p> <p>Б. лапаротомию;</p> <p>В. лапароцентез;</p> <p>Г. антибактериальную терапию;</p> <p>Д. наблюдение</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6
<p>12. Хирург и гинеколог при совместном осмотре не могут решить, что у больного – острый аппендицит или острый аднексит. В этом случае следует выполнить:</p> <p>А. Срединную лапаротомию</p> <p>Б. Лапаротомию разрезом по Пфаненштилю</p> <p>В. Лапаротомию разрезом в правой подвздошной области</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6

Г. Лапароскопию Д. Динамическое наблюдение	
13. Показания для экстренной диагностической лапароскопии: А. подозрение на острый аппендицит; Б. спаечная непроходимость; В. подозрение на гинекологическую патологию; Г. тупая травма живота; Д. все перечисленные.	УК-1, ПК-5, ПК-6
14. У больного с сахарным диабетом неясная картина острого аппендицита. Уточнить диагноз позволяет: А. Наблюдение Б. Консервативное лечение В. Лапароскопия Г. Лапаротомия разрезом в правой подвздошной области Д. Срединная лапаротомия	УК-1, ПК-5, ПК-6
15. В экстренном порядке выполняются следующие гинекологические лапароскопические вмешательства: А. операции по поводу опухолей и кист яичников, Б. операции при перекруте придатков матки, В. лечение воспалительных заболеваний яичников, Г. реконструктивно-пластические операции при пороках развития внутренних половых органов.	УК-1, ПК-5, ПК-6

Раздел 2. Лапароскопия в плановой детской хирургии, урологии, онкологии, гинекологии.

16. Система электролигирования LigaSure™ работает по принципу: А. преобразовании электроэнергии в ультразвуковые колебания Б. биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением В. преобразовании световой энергию в тепловую при контакте с биологическими жидкостями Г. получении высокочастотных электрических импульсов	УК-1, ПК-5, ПК-6
17. К лапароскопическим инструментам доступа не относятся: А. троакары Б. захваты В. игла Вереша Г. расширители ран	УК-1, ПК-5, ПК-6
18. Выберите правильное описание теста пробной инсуффляции: А. при правильном положении иглы капля будет аспирирована отрицательным давлением брюшной полости Б. производится при помощи шприца с физиологическим раствором: при правильном положении иглы аспирация ранее введенного содержимого невозможна В. производится при подключении к игле Вереша трубки инсуффлятора: показатель внутрибрюшного давления в начале инсуффляции не должен превышать 5 мм рт. ст. Г. перкуссия брюшной стенки в области проекции печени: исчезает после введения первых 500 мл газа в брюшную полость	УК-1, ПК-5, ПК-6

19. Какой газ используется для инсуффляции в брюшную полость: А. Кислород Б. Азот В. Водород Г. Углекислый газ Д. Воздух	УК-1, ПК-5, ПК-6
20. При повреждении троакарном стенки кишки показано : А. лапаротомия; Б. страховочный дренаж; В. введение антибиотиков; Г. можно проигнорировать; Д. контрольная лапароскопия	УК-1, ПК-5, ПК-6
21. При повреждении иглой Вереша мочевого пузыря необходимо : А. лапаротомия; Б. можно проигнорировать; В. установка уретрального катетера; Г. ушивание дефекта; Д. контрольная лапароскопия.	УК-1, ПК-5, ПК-6
22. Противопоказание для плановой лапароскопии: А. асцит; Б. увеличение размеров печени; В. ожирение; Г. спаечный процесс в брюшной полости; Д. гнойничковые заболевания кожи живота.	УК-1, ПК-5, ПК-6
23. Противопоказания для лапароскопической холецистэктомии : А. калькулезный холецистит; Б. операции на брюшной стенке в прошлом; В. ожирение; Г. обострение хронического холецистита; Д. сколиоз.	УК-1, ПК-5, ПК-6
24. При повреждении троакарном мочевого пузыря показана: А. лапаротомия; Б. установка уретрального катетера; В. страховочный дренаж в малый таз; Г. можно проигнорировать; Д. контрольная лапароскопия.	УК-1, ПК-5, ПК-6
25. Какое осложнение может вызвать форсированное введение газа при лапароскопии: А. Дыхательные нарушения Б. Внутреннее кровотечение В. Сердечно-сосудистые нарушения Г. Газовая эмболия Д. Повреждение органов брюшной полости	УК-1, ПК-5, ПК-6
26. Оптимальным методом лапароскопической операции при аберрантном сосуде, вызывающем гидронефроз, является: А. перевязка сосуда; Б. резекция нижнего полюса; В. транспозиция аберрантного сосуда Г. антевазальный пиелоуретероанастомоз Д. лоскутная пластика пиелоуретрального сегмента	УК-1, ПК-5, ПК-6
27. Больной 13 лет страдает варикоцеле 2 степени. Лечение его включает:	УК-1, ПК-5, ПК-6

<p>А. Наблюдение в динамике Б. Консервативная терапия В. Операция Иванисевича Г. Лапароскопическое клипирование тестикулярной вены Д. Операция Винкельмана</p>	
<p>28. Какого диаметра троакар используется для введения лапароскопа, клипатора, извлечения органа, биоптата в конце процедуры (так называемые классические троакары): А. 5мм Б. 10-12мм В. 15 мм Г. 18мм Д. 20мм</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>
<p>29. Какого диаметра троакар используется для введения дополнительного инструмента соответствующего диаметра: А. 10-12 мм Б. 15 мм В. 5мм Г. 18 мм Д. 20 мм</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>
<p>30. Первые действия хирурга при подозрении на повреждение крупных сосудов при лапароскопии: А. Вынуть лапароскопический инструмент, выполнить немедленную лапаротомию Б. Вынуть лапароскопический инструмент, выполнить немедленный гемостаз прижатием. В. Не вынимая лапароскопический инструмент, выполнить немедленную лапаротомию и временный гемостаз прижатием. Г. Остановить кровотечение лапароскопически Д. Остановить операцию и ждать хирурга-ангиолога.</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

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

16.	Б
17.	Г
18.	В
19.	Г
20.	А
21.	В
22.	Д
23.	Г
24.	А
25.	Г
26.	Г
27.	Г
28.	Б
29.	В
30.	Г

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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

		пации 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	V/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	V/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 15 лет 3 года назад перенёс операцию по поводу острого 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 поло-

		сти 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		003
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В стационар поступил мальчик, 7 мес., у которого после включения в кормление яблочного сока «Спелёнок» отмечались лихорадка (температура от 37,1° до 38,5°), стул с «зеленью», ухудшение общего состояния, вялость. На следующий день присоединились периодическое беспокойство, многократная рвота, слизисто-кровянистые выделения из ануса. Через 20 часов от начала заболевания вызвана скорая помощь. Ребёнок госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на дизентерию, где проводились инфузионная, антибактериальная терапия, получал гормоны. Эффекта от лечения не наблюдалось, отмечалось ухудшение общего состояния ребёнка: приступы беспокойства, вялость, кровянистые выделения из ануса. При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации.
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.
B	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.
B	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.
B	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо выполнить пневмоирригокомпрессию. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – лапароскопическую или открытую дезинвагинацию.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
H		004
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Новорождённый 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 прогрессирующим ухудшением общего состояния, нарушени-

		ем 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		005
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Ребёнок (девочка) от 6-й беременности, протекавшей с гестозом в 6-7 недель (лечение в стационаре), отёками голеней, анемией, многоводием, роды вторые, срочные, оперативные (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода на фоне хронической). Оценка по шкале Апгар 4/7 б. Масса тела при рождении 2900гр. Состояние в род.доме тяжёлое: гипотония, гипорефлексия. Желудочный зонд введён в желудок, получено желудочное содержимое, не кормили. Переведена в областную больницу в 1-е сутки жизни. При поступлении состояние тяжёлое, вялая, крик неохотный. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы, видимые слизистые розовые, чистые. В области основной фаланги V пальца правой кисти – добавочный палец на кожной ножке, в аналогичном месте левой кисти – папилломатозный вырост. Большой родничок 2,0x2,0см, не выбухает, мышечный тонус и рефлексы новорождённого значительно снижены. Дыхание самостоятельное, проводится везде, хрипов нет, ЧД-44 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум, ЧСС-126 в мин. Живот ладьевидной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стула при осмотре не было. Пуповинный остаток на скобке. Половые органы по женскому типу. Ребёнку поставлен назогастральный зонд, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи. Самостоятельного стула у ребёнка в течение 2-х суток не было. Общий ан.крови: Нв-182г/л, эр.-4,7x10 ¹² /л, ЦП-1,16, тромб.-267,9x10 ⁹ /л, Нт-51%, лейко.-24,7x10 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-29,6мкмоль/л (прямой-0), АсАТ-0,41 мккат/л, АлАТ-0,12 мккат/л, мочевины-4,1ммоль/л, креатинин – 0,097 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врождённая высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-п-кишки).
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Беременность отягощена, было многоводие. После рождения живот ладьевидной формы, стула не было. По назогастральному зонду в

		динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи.
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 низкой кишечной непроходимостью. При низкой кишечной непроходимости живот вздут, рвота с «зеленью». В данном случае живот ладьевидной формы, по назогастральному зонду сначала желудочное содержимое, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
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		006
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Ребёнок 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.: Hb 175 г/л, эритроциты $5,2 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $109,2 \times 10^9/л$, лейкоциты $16,3 \times 10^9/л$, п/я 9%, с/я 85%, лимфоциты 5%, моноциты 1%, СОЭ 2 мм/ч, сахар 4,3 ммоль/л. Общий анализ мочи от 19.05.2006.: количество 10 мл, цвет жёлтый, прозрачность – мутная, относительная плотность 1026, реакция кислая, белок 0,087 г/л. Биохимический анализ крови от 15.05.2006.: общий белок 55,8 г/л, K^+ 3,8 ммоль/л, Na^+ 144 ммоль/л, мочевины 2,9 ммоль/л, АсАТ 1,04 мккат/л, АлАТ 1,07 мккат/л, креатинин 0,07ммоль/л, билирубин общий 197,2 ммоль/л, прямой 3,75 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Диафрагмальная грыжа слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Беременностьотягощена. После рождения через 8 часов выросла одышка, появились цианоз кожных покровов, ослабленное дыхание слева. Одышка с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧД 60 в мин. Слева дыхание не выслушивается, выслушивается перистальтика кишечника, сердце смещено вправо.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с врождённой патологией лёгких. В данном случае на диафрагмальную грыжу указывают: смещение средостения в сторону, противоположную очагу поражения, локализация процесса слева, выслушиваемая перистальтика в области грудной клетки.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть

		диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной и грудной полости, по показаниям рентгеноконтрастное исследование с использованием водорастворимого контраста верографина (контрастируемые петли кишок расположены в грудной полости). Выполнить ЭхоКГ, ЭКГ для оценки локализации и работы сердца. Также провести УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, чтобы выяснить расположение органов брюшной полости и почек.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки выполнить торакоскопию с погружением органов брюшной полости, ушиванием дефекта диафрагмы или лапаротомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
H		007
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больная Н., 5л.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей без осложнений, первых родов. Масса тела при рождении 3520г. Росла и развивалась по возрасту. Прививки в срок.</p> <p>Анамнез заболевания: наблюдается нефрологом по поводу вторичного рецидивирующего пиелонефрита. Проводилась консервативная терапия. Направлялась на консультацию к урологу, мать от операции отказалась. Поступила в ДОБ на урологическое обследование.</p> <p>При поступлении: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледно-розовые. В зеве спокойно. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс ритмичный, удовлетворительных характеристик, 84 в мин. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления не нарушены.</p> <p>ОАК : Нв 133г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $340,0 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,6 \times 10^9/л$, п/я 1%, с/я 73%, эозинофилы</p>

		<p>2%, лимфоциты 13%, моноциты 11%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p>ОАМ: количество 30,0 мл., цвет светло-жёлтый, прозрачность полная, относительная плотность 1012, реакция нейтральная, белок отриц., эпителий 0-1 в поле зрения, лейкоциты 3-4 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.</p> <p>Биохимия крови: K^+ 4,3 ммоль/л, Na^+ ммоль/л, Ca^{2+} 2,15 ммоль/л, хлориды 90,5 ммоль/л, креатинин 0,042ммоль/л, мочевины 2,8 ммоль/л.</p> <p>Посев мочи: роста нет.</p> <p>УЗИ почек: полости синусов: слева стабильное расширение до 15 - 16 мм, стенки не утолщены. Чашечки: тотальное расширение всех групп слева, 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 пиелэктазия 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.
Р2		Тактика лечения определена полностью.
Р1		Тактика лечения определена неполностью.
Р0		Тактика лечения не определена.
Н		008
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		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Анамнез жизни: Ребёнок от 5-й беременности с угрозой прерывания 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>Анамнез заболевания: 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>ОАК Нб – 136 г/л; Ег - $4,13 \cdot 10^{12}$/л; Ц. пок. – 0,98; Нт – 38%; Тг – $307,5 \cdot 10^9$/л; Le – $12,4 \cdot 10^9$/л; п/я- 1; с/я- 36; э -4; Лимф – 39; м – 20.</p> <p>ОАМ 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>Биохимический анализ крови 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>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пилоростеноз.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.

P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеются срыгивания, рвота «фонтаном» створоженным молоком с месячного возраста, малая прибавка веса, редкие мочеиспускания, скудный стул.
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 пилороспазмом. При пилороспазме срыгивания с рождения, небольшим количеством молока, нет рвоты «фонтаном», прибавка в весе достаточная. 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		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	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ	
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.</p> <p>Направлен в стационар.</p> <p><u>При поступлении:</u> Состояние ребенка средней тяжести. Сознание ясное, беспокоят боли в животе. Температура 37,9°C.</p> <p>Телосложение правильное. Питание удовлетворительное.</p> <p>Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Расчесы спины.</p> <p>Лимфатические узлы не увеличенные, мягкоэластической консистенции, безболезненные.</p> <p>В ротоглотке чисто, гиперемии нет.</p> <p>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> Нг - 129 г/л; Ег – 3,9 x 10¹²/л; Ц.пок. – 0,99; Тг - 195 тыс x 10⁹/л; Le – 20,2 x 10⁹/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; лейкоциты – 1-2; эритроциты – 1-2; слизь +; аморфные фосфаты ++.</p> <p><u>Биохимия:</u> 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.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Острый аппендицит.
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен «острый живот»
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	<p>Диагноз острого аппендицита установлен на основании:</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в правой подвздошной области. - в анализе крови- воспалительные изменения (лейкоцитоз, нейтрофилёз, ускорение СОЭ).
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 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.
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	Определите тактику ведения пациента.
Э	-	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.
P2	-	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		010
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
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Больной Е., 15л.

		<p>Ребенок от 1 беременности, срочных родов, с весом 2300 г.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> 2 года назад оперирован в ЦРБ по поводу флегмонозного аппендицита. В послеоперационном периоде обнаружена лейкоцитурия, отмечались боли в поясничной области справа. Выполнено УЗИ почек, обнаружено расширение полостной системы правой почки и мочеточника. После выписки из стационара поступил на урологическое обследование.</p> <p><u>При поступлении:</u> Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Жалоб нет. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный.</p> <p><u>ОАК:</u> Нб 137 г/л, Эр 4,1 x 10¹²/л, Тр 295, ЦП 0,99, Лей 4,5 x 10⁹/л (с/я 60%, п/я 2%, э 2%, л 33%, м 3%), СОЭ 15.</p> <p><u>ОАМ:</u> 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><u>УЗИ почек:</u> правая почка значительно уменьшена в размерах, члк-расширен, паренхима истончена до 2-3мм, мочеточник расширен до 10мм.</p> <p><u>Допплерография почек:</u> кортикальный кровоток справа регистрируется только на уровне дуговых артерий; снижение показателей объёмного кровотока справа.</p> <p><u>Внутривенная урография-</u> функция правой почки резко снижена.</p> <p><u>Цистография-</u> ПМР нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Нефункционирующая почка справа на фоне обструктивного уретерогидронефроза. Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение, ремиссия, ПНо.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		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).
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 рефлюксным уретерогидронефрозом. В данном случае ПМР нет, поэтому характер врождённого уретерогидронефроза нерезлюксирующий.
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 радиоизотопное исследование - статическую нефросцинтиграфию.
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 показана нефруретерэктомия справа в плановом порядке (лапароскопическая или открытая), контроль за анализами мочи.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

Код компетенции	Качественная оценка уровня подготовки		Процент правильных ответов
	Балл	Оценка	
УК-1, ПК-5, ПК-6	5	Отлично	90-100%
	4	Хорошо	80-89%
	3	Удовлетворительно	70-79%
	2	Неудовлетворительно	Менее 70%

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

Код компетенции	Оценка 5 «отлично»	Оценка 4 «хорошо»	Оценка 3 «удовлетворительно»	Оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, ПК-5, ПК-6	Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики,	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательно	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные

	умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования	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	сти в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач	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.