

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Эндоскопическая 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	<p>1. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищеварительного тракта.</p> <p>2. Эндоскопическая диагностика и лечебная эндоскопия при патологии органов дыхания, в детской урологии, травматологии.</p>	УК-1, ПК-5, ПК-6	<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 классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ) • Выполнением отдельных этапов хирургических вмешательств, 	тесты Ситуационные задачи	30 10

			лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.		
--	--	--	---	--	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1. Тестовые задания по дисциплине

Раздел 1. Эндоскопическая диагностика заболеваний пищеварительного тракта

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
1. Показаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме: А. Для установления диагноза Б. Для оценки эффективности лечения В. Для установления локализации процесса Г. Для определения источников кровотечения Д. Для проведения лечебных и оперативных манипуляций	УК-1, ПК-5, ПК-6
2. Показаниями к экстренной эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме: А. Желудочно-кишечное кровотечение Б. Инородное тело В. Перфоративная язва Г. На операционном столе Д. Анастомозит	УК-1, ПК-5, ПК-6
3. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии: А. Варикозное расширение вен Б. Инфаркт миокарда В. Психические заболевания Г. Агональное состояние больного Д. Желудочно-кишечное кровотечение	УК-1, ПК-5, ПК-6
4. В отношении эндоскопического исследования толстой кишки правильно все перечисленное, кроме: А. Колоноскопия является первичным методом исследования толстой кишки Б. Колоноскопия является самостоятельным методом исследования В. Колоноскопия должна подразумевать тотальный осмотр толстой кишки	УК-1, ПК-5, ПК-6

Г. Колоноскопия выполняется после проведения ирригоскопии Д. Колоноскопия выполняется после проведения ректороманоскопии	
5. Осмотр терминального отдела подвздошной кишки целесообразен: А. При неспецифическом язвенном колите Б. При болезни Крона В. При диффузном полипозе толстой кишки Г. При неустановленном источнике кишечного кровотечения Д. При всех перечисленных заболеваниях	УК-1, ПК-5, ПК-6
6. При экстренном обследовании больных с толстокишечным кровотечением могут быть использованы все перечисленные методы, кроме: А. Ректороманоскопии Б. Ирригоскопии В. Селективной ангиографии Г. Диагностической колоноскопии Д. Интраоперационной колоноскопии	УК-1, ПК-5, ПК-6
7. Введение колоноскопа в прямую кишку производится в положении больного: А. Лежа на спине Б. Лежа на левом боку В. Лежа на правом боку Г. Лежа на животе Д. В коленно-локтевом положении	УК-1, ПК-5, ПК-6
8. Осмотр ободочной кишки производится в положении больного: А. Лежа на спине Б. Лежа на левом боку В. Лежа на правом боку Г. Лежа на животе Д. В коленно-локтевом положении	УК-1, ПК-5, ПК-6
9. К возможным осложнениям, связанным с подготовкой толстой кишки к исследованию, относятся все перечисленные, кроме: А. Электролитных расстройств Б. Гиповолемии В. Дегидратации Г. Гипертермия Д. Заворота толстой кишки	УК-1, ПК-5, ПК-6
10. При подозрении на разрыв забрюшинной части 12-перстной кишки наиболее информативное исследование: А. УЗИ; Б. рентгеновский обзорный снимок; В. лапароскопия; Г. ФГДС; Д. исследование желудка с бариевой взвесью.	УК-1, ПК-5, ПК-6
11. При выполнении "жесткой" эзофагоскопии перфорация пищевода чаще всего происходит на уровне: А. 1-го физиологического сужения; Б. 2-го физиологического сужения; В. области кардии; Г. между 1-м и 2-м физиологическими сужениями; Д. между 2-м физиологическим сужением и кардией.	УК-1, ПК-5, ПК-6
12. Эзофагоскопия не обязательна при: А. ахалазии пищевода;	УК-1, ПК-5, ПК-6

<p>Б. врожденном стенозе пищевода; В. ожоге пищевода; Г. халазии кардии; Д. атрезии пищевода.</p>	
<p>13. Ребенок проглотил гвоздь. На рентгенограмме он в желудке. Необходима: А. гастроскопия; Б. гастротомия; В. наблюдение; Г. стимуляция моторики кишечника; Д. дача бариевой взвеси и наблюдение.</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>
<p>14. Ребенок 3 дня назад проглотил гвоздь длиной 40 мм. Жалоб нет. На рентгенограмме гвоздь в желудке. Целесообразна: А. гастроскопия; Б. гастротомия; В. наблюдение; Г. стимуляция моторики кишечника; Д. лапароскопия.</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>
<p>15. У ребенка кровотечение во время дефекации. При ректальном обследовании - полип прямой кишки. Следует рекомендовать: А. прошивание ножки и удаление полипа; Б. колоноскопию, осмотр толстой кишки, коагуляцию полипа В. ректороманоскопию, электрокоагуляцию полипа; Г. осмотр в зеркалах, электрокоагуляцию полипа; Д. криодеструкцию полипа.</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>

Раздел 2. Эндоскопическая диагностика и лечебная эндоскопия при патологии органов дыхания, в детской урологии, травматологии.

Тестовые задания с вариантами ответов	№ компетенции, на формирование которой направлено это тестовое задание
<p>16. Осложнениями бронхоскопии могут быть: А. Бронхо-пищеводный свищ Б. Желудочное кровотечение В. Ларингоспазм Г. Пневмоторакс Д. Ателектаз легкого</p>	<p>УК-1, ПК-5, ПК-6</p>
<p>17. 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, ПК-5, ПК-6</p>
<p>18. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость</p>	<p>УК-1, ПК-5,</p>

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.	ПК-6
19. Достоверным методом исследования в дифференциальной диагностике камня мочевого пузыря является: А. нисходящая цистография; Б. обзорная рентгенография; В. пневмоцистография; Г. цистоскопия; Д. урофлоуметрия	УК-1, ПК-5, ПК-6
20. В случае макрогематурии показано выполнение: А. ретроградную пиелографии; Б. экскреторную урографии; В. цистоскопии; Г. цистоуретрографии; Д. радиоизотопного обследования	УК-1, ПК-5, ПК-6
21. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительна: А. "слепая" катетеризация бронхов под масочной анестезией; Б. введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку под контролем рентгеновского экрана; В. введение катетера в нужный бронх через интубационную трубку без контроля рентгеновского экрана; Г. введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп под контролем рентгеновского аппарата с электроннооптическим преобразователем; Д. введение катетера в нужный бронх через бронхоскоп без рентгеновского контроля	УК-1, ПК-5, ПК-6
22. Только бронхография дает правильную трактовку степени поражения бронхов: А. при бронхоэктазии; Б. при врожденной лобарной эмфиземе; В. при легочной секвестрации; Г. при кисте легкого; Д. при опухоли легкого.	УК-1, ПК-5, ПК-6
23. При выполнении бронхографии у детей наиболее предпочтительным методом обезболивания является: А. интубационный наркоз без миорелаксантов; Б. местная анестезия; В. применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи; Г. интубационный наркоз с применением миорелаксантов; Д. применение внутривенных анестетиков без интубации трахеи	УК-1, ПК-5, ПК-6
24. Бронхография противопоказана: А. при опухоли легкого; Б. при легочной секвестрации; В. при врожденной лобарной эмфиземе; Г. при кисте легкого; Д. при бронхоэктазии.	УК-1, ПК-5, ПК-6
25. Укажите метод специального обследования, которому надо отдать	УК-1, ПК-5,

предпочтение при проведении дифференциальной диагностики между агенезией легкого и его тотальным ателектазом: А. сканирование легких; Б. аортография; В. бронхография; Г. ангиопульмонография; Д. бронхоскопия.	ПК-6
26. При обзорной рентгенограмме определяется ячеистость легочной ткани, а на бронхограмме определяется множество округлых образований по всему полю правого легкого. При бронхоскопии справа обильное гнойное отделяемое. Наиболее вероятный диагноз: А. бронхоэктазия; Б. агенезия легкого; В. кистозная гипоплазия; Г. гипоплазия легкого; Д. аплазия легкого	УК-1, ПК-5, ПК-6
27. При абсцессе, дренирующемся в бронх лучший метод лечения: А. пункция абсцесса; Б. радикальная операция; В. бронхоскопическая санация; Г. дренирование абсцесса; Д. катетеризация бронха.	УК-1, ПК-5, ПК-6
28. Состояние больного тяжелое. Дыхательная недостаточность. Голос звонкий. Периодически симптом "хлопка". Диагноз: А. инородное тело бронха; Б. инородное тело гортани; В. фиксированное инородное тело трахеи; Г. баллотирующее инородное тело трахеи; Д. инородное тело пищевода.	УК-1, ПК-5, ПК-6
29. Основным методом диагностики клапана задней уретры является: А. восходящая уретрография; Б. инфузионная урография; В. микционная урография; Г. цистоскопия; Д. урофлоуметрия.	УК-1, ПК-5, ПК-6
30. Оптимальным доступом для удаления клапанов задней уретры у детей является : А. надлобковый доступ Б. надлобковый доступ с рассечением лонного сочленения В. промежностный доступ Г. трансуретральный с применением уретрорезектоскопа Д. трансуретральный путем бужирования	УК-1, ПК-5, ПК-6

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

1.	Г
2.	Д
3.	Г
4.	Г
5.	Д

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

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания. В анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит.
Р2		Диагноз поставлен верно.

P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен пиелонефрит
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		<p>Диагноз пузырно-мочеточникового рефлюкса установлен на основании:</p> <p>-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.</p> <p>- жалоб больного на недержание мочи, частые мочеиспускания;</p> <p>- данных объективного исследования — на момент осмотра живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания поясничной области отрицательный.</p> <p>-лабораторных данных - в анализе мочи- лейкоцитурия, по данным УЗИ почек- подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.</p>
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	Какие мероприятия необходимы в данном случае?
Э		Необходима госпитализация с проведением рентгеноурологического обследования (внутривенной урографии, цистографии), цистоскопии, 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 необходимы исследования.
P0		Ответ неверный. План обследования определен неверно.
B	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.
B	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.
H		002
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 15 лет 3 года назад перенёс операцию по поводу острого 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.
B	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении, по показаниям (при явлениях частичной кишечной непроходимости) – контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо установить назогастральный зонд, выполнить очистительную клизму. Начать инфузионную терапию - Sterofundini-500 мл внутривенно. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – при возможности лапароскопический висцеролиз, при выраженном спаечном процессе- лапаротомия, висцеролиз.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
H		003
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
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		В стационар поступил мальчик, 7 мес., у которого после включения в кормление яблочного сока «Спелёнок» отмечались лихорадка (температура от 37,1° до 38,5°), стул с «зеленью», ухудшение общего состояния, вялость. На следующий день присоединились периодическое беспокойство, многократная рвота, слизисто-кровянистые выделения из ануса. Через 20 часов от начала заболевания вызвана скорая помощь. Ребёнок госпитализирован в инфекционное отделение с подозрением на дизентерию, где проводились инфузионная, антибактериальная терапия, получал гормоны. Эффекта от лечения не наблюдалось, отмечалось ухудшение общего состояния ребёнка: приступы беспокойства, вялость, кровянистые выделения из ануса. При осмотре живот вздут, болезненный при пальпации.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Инвагинация кишечника.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.

P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		В анамнезе у ребёнка 7 мес. новый вид питания, начало заболевания соответствует диспепсическим нарушениям, в связи с чем он был госпитализирован в инфекционный стационар. При поступлении имеются приступообразные боли в животе, кровянистые выделения из ануса (симптом «малинового желе»).
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
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	V/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.: 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.
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.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной и грудной полости, по показаниям рентгеноконтрастное исследование с использованием водорастворимого контраста верографина (контрастируемые петли кишок расположены в грудной полости). Выполнить ЭхоКГ, ЭКГ для оценки локализации и работы сердца. Также провести УЗИ органов брюшной полости, УЗИ почек, чтобы выяснить расположение органов брюшной полости и почек.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки выполнить торакоскопию с погружением органов брюшной полости, ушиванием дефекта диафрагмы или лапаротомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		005
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной В., 2г.</p> <p>Анамнез жизни: ребёнок от второй беременности, первых срочных родов. Рос и развивался по возрасту. Прививки по календарю.</p> <p>Анамнез заболевания: с рождения отмечается патология полового члена. Status localis: половой член имеет крючкообразную деформацию, вентральный наклон головки полового члена на 40°, 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>Общий анализ крови: Нв 129 г/л, эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $382,2 \times 10^9/л$, лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$, с/я 46%, эозинофилы 1%, лимфоциты 52%, моноциты 1%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: количество 60 мл, цвет светло-жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1027, реакция кислая, белок отриц., глюкоза отриц.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Гипоспадия, проксимальная форма (члено-мошоночная), меатостеноз.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У мальчика имеется патология полового члена с выраженным искривлением и дистопией меатуса в члено-мошоночный угол. Меатус сужен, струя мочи тонкая.
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 эписпадией. При эписпадии половой член подтянут к лону кверху, имеется дистопия меатуса по дорсальной поверхности.
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 почек, чтобы исключить сочетанную патологию. Также по показаниям провести уретрографию и уретроскопию, чтобы исключить наличие синуса.
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-устранить деформацию полового члена с последующей уретропластикой из кожи крайней плоти.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.

Н		006
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		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной А., 1 год 2мес. Анамнез жизни: 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>Анамнез заболевания: ребёнок случайно выпил 70% раствор уксусной кислоты, через 1 час обратился к хирургу. Ребёнок беспокоится, отказывается от еды, имеется выраженная гиперсаливация.</p> <p>Общий анализ крови: Нв 117 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,95, лейкоциты $7,6 \times 10^9/л$ (п/я 4%, с/я 49%, эозинофилы 5%, базофилы 1%), лимфоциты 32%, моноциты 29%, СОЭ 22 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: 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.
Р2		Первичная помощь оказана верно.
Р1		Первичная помощь оказана неполностью.
Р0		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		007
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больной А., 2л. Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, первых срочных родов, протекавших без патологии. Масса при рождении 3420г. Оценка по шкале Апгар 8 баллов.</p> <p>Анамнез заболевания: клиника рецидивирующего пиелонефрита отмечается с 10 мес. При УЗИ почек: 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>Общий анализ крови: Hb 103 г/л, эритроциты $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,92, лейкоциты $5,9 \times 10^9/л$, СОЭ 32 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: количество 10 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1020, реакция кислая, белок отриц., лейкоциты 0-1 в поле зрения.</p> <p>Анализ мочи по Нечипоренко: без патологии.</p> <p>Биохимический анализ крови: мочевина 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.
В	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.
В	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.
В	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.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение- при нерефлюксирующем уретерогидронефрозе и сохранении функции почек- стентирование мочеточника или уретероцистостомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		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		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

		<p>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 - 4,13*10¹²/л; Ц. пок. – 0,98; Нт – 38%; Тг – 307,5*10⁹/л; Le – 12,4*10⁹/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>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пилоростеноз.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		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.
B	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.
B	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.
H		009
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		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Больная Т., 15 лет. Анамнез жизни: ребёнок от третьей беременности, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Прививки по возрасту.</p> <p>Анамнез заболевания: 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 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>Общий анализ крови: Hb 141 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦПК 0,99, тромбоциты $222,6 \times 10^9/л$, лейкоциты $6,7 \times 10^9/л$, с/я 54%, эозинофилы 11%, базофилы 1%, лимфоциты 32%, моноциты 2%, СОЭ 4 мм/ч.</p> <p>Общий анализ мочи: 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>Анализ мочи по Нечипоренко: лейкоциты – 750 в мл., эритроциты 250 в мл.</p>

		<p>Протеинограмма: 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>Электролиты крови: K⁺ 4,8 ммоль/л, Na⁺ 145 ммоль/л, Ca²⁺ 2,34 ммоль/л, хлориды 102,1 ммоль/л, мочевина 2,66 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Полное удвоение мочевых путей справа. Внепузырная эктопия устья мочеточника удвоенной почки справа. Ложное недержание мочи.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У девочки имеется симптом «мокрого пятна», лечение без эффекта, по данным УЗИ – удвоение мочевых путей.
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 энурезом, нейрогенным гиперрефлекторным мочевым пузырём. Ритм мочеиспусканий соответствует норме. Нет императивных позывов, нет неудержания 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.
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, чтобы подтвердить удвоение верхних мочевых путей. Провести цистоскопию, 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		010
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		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 внутripечёночной 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.
B	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.
B	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/венно, Sol.Aethamzilatis12,5%-2,0 в/венно; при отсутствии эффекта- установка 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, 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	Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе	Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на	Незнание значительной части программного материала, неумение даже с

	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</p>
--	--	---	---	--

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.