

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ДИАГНОСТИКА НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Специальность 31.08.18 Неонатология
код, наименование

Форма обучения: очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Диагностика неотложных состояний у новорожденных» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Диагностика неотложных состояний у новорожденных». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Диагностика неотложных состояний у новорожденных» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1 ПК-1,	Текущий	Раздел 1. Основы ультразвуковой диагностики в неонатологии	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Нейросонография в диагностике поражений головного мозга у новорожденного ребенка	Ситуационные задачи
		Раздел 3. Ультразвуковое обследование сердца у новорожденных детей	Ситуационные задачи
		Раздел 4. Ультразвуковое обследование органов брюшной полости и мочевыделительной системы у новорожденных детей	Ситуационные задачи
УК-1 ПК-1,	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационные задачи, тестовые задания, доклады.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1 , ПК-1

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Ф	А/ 01.8	Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза
Н		01
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 3 недели при ультразвуковом исследовании в 7-ом сегменте печени выявлено округлое, гиперэхогенное образование диаметром до 5 см, с четкими контурами, неоднородное за счёт участков относительного понижения эхогенности, аваскулярное при цветном доплеровском исследовании, а также деформация желчного пузыря в виде перегиба в области шейки. Корковый слой печени по эхогенности незначительно превышает эхогенность печени. В общем анализе крови, биохимическом исследовании патологических изменений не обнаружено.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Доброкачественное образование правой доли печени, по эхокартине соответствует капиллярно-кавернозной гемангиоме
Р2	-	Заключение сделано верно.
Р1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана локализация патологического процесса.
Р0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Капиллярно-кавернозная гемангиома представляет собой доброкачественное образование, состоящее из мелких сосудов, просвет которых меньше разрешающей способности ультразвукового сканера, поэтому просветы сосудов не выявляются эхографически. Но происходит интенсивное отражение ультразвуковых волн от стенок вплотную расположенных сосудов, что обуславливает высокую эхогенность образования. Неоднородная эхоструктура объясняется наличием в образовании кавернозных полостей с геморрагическим компонентом, которые лоцируются как гипоэхогенные участки на фоне гиперэхогенного фона, что в целом дает неоднородную эхоструктуру образования. Инвазивный рост отсутствует, поэтому образование имеет четкие ровные или неровные контуры.
Р2	-	Заключение обосновано верно
Р1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение неоднородной эхоструктуры образования
Р0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Гепатоцеллюлярный рак Б. Эхинококковая киста в стадии инволюции В. Очаговый жировой гепатоз
Р2	-	Дифференциальная диагностика полная

P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только со злокачественной опухолью
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
B	4	Какой из перечисленных УЗ-критериев в данной ситуации позволил бы заподозрить злокачественный процесс?
Э	-	А. Дистальное псевдоусиление ультразвука или акустическая тень Б. Отклонение сосудов на уровне патологического образования, измененная крупнозернистая эхоструктура печени в зоне локализации образования В. Гипоэхогенный ободок по периферии образования и хаотичная гиперваскулярная сосудистая архитектура самого образования при ЦДК
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный: отсутствует информация о патологической васкуляризации очага при ЦДК
P0	-	Ответ неверный
B	5	Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
Э	-	А. выполнение прицельной биопсии этого образования печени под ультразвуковым контролем Б. выполнение рентгеноконтрастной ангиографии и / или спиральной КТ и / или МРТ В. динамическое ультразвуковое наблюдение каждые 3 месяца в течении первого года
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заключение описано правильно, однако неверно назначено выполнение рентгеноконтрастной ангиографии
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно - рекомендована прицельная биопсия
H		02
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 3 недель при ультразвуковом исследовании выявлено значительное диффузное достаточно равномерное утолщение стенки желчного пузыря до 5 мм. Эхоструктура стенки неоднородная, с множественными гиперэхогенными внутрстеночными включениями с артефактами «хвоста кометы», не смещающимися при перемене положения тела. Кроме того в структуре стенки определяются мелкие анэхогенные включения, сообщающиеся с полостью желчного пузыря. Прилежащие отделы печени не изменены. Холедох осмотрен на коротком участке в воротах печени до 2 мм, анэхогенный, внутripеченочные желчные протоки не расширены.
B	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Диффузная форма аденомиоматоза желчного пузыря
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана диффузная форма патологического процесса.
P0	-	Заключение поставлено неверно.
B	2	Обоснуйте Ваше заключение

Э	-	Аденомиоматоз желчного пузыря представляет собой одну из форм гиперпластических холецистозов, при которой происходит утолщение стенки пузыря с выраженной гипертрофией синусов Ашоффа-Рокитанского, которые приобретают вид псевдодивертикулов, распространяющихся из полости пузыря в структуру стенки. В зависимости от эффективности сообщения полости гипертрофированного синуса с полостью пузыря содержимое в них может быть различным: при свободном сообщении желчь не меняет своих физических и акустических свойств и остается прозрачной и анэхогенной, поэтому содержимое в таких псевдодивертикулах остается анэхогенным. При длительной задержки желчи в полости псевдодивертикула возникают изменения структуры желчи, что приводит к появлению гиперэхогенных сигналов с реверберациями типа хвоста кометы.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заклучение обосновано не полностью: отсутствует объяснение неоднородной эхоструктуры образования
P0	-	Заклучение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. хронический холецистит Б. холестероз желчного пузыря В. рак желчного пузыря
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только со злокачественной опухолью
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какие ещё изменения характерны при данном заболевании желчного пузыря
Э	-	А. Диффузная эхогенная взвесь по всему объёму пузыря Б. Утолщение и расслоение стенки пузыря В. Множественные мелкие анэхогенные включения в стенке пузыря Г. В ЦДК множественные артефакты мерцания в структуре стенки
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный: отсутствует информация об артефактах мерцания в структуре стенки при ЦДК
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
Э	-	А. выполнение прицельной биопсии под ультразвуковым контролем Б. выполнение рентгеноконтрастной ангиографии и / или спиральной КТ и / или МРТ В. динамическое ультразвуковое наблюдение каждые 3 месяца в течении первого года
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заклучение описано правильно, однако неверно назначено выполнение рентгеноконтрастной ангиографии
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно - рекомендована прицельная биопсия
Задача 3.		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У ребенка 1 мес при ультразвуковом исследовании почек выявлено:

		эхогенность коркового слоя обеих почек незначительно выше эхогенности печени, на ее фоне видны гипоехогенные пирамидки. В паренхиме нижнего полюса правой почки выявлено округлое образование размерами до 5 мм, деформирующее почечный синус и капсулу почки. Образование имеет диффузно неоднородную преимущественно гипоехогенную структуру, полностью нарушает нормальное строение почечной паренхимы, в ЦДК имеет хаотичную гиперваскулярную структуру, контуры четкие ровные, на субкапсулярной поверхности образования прослеживается тонкая эхогенная линия фиброзной капсулы почки. Переднезадний размер лоханки правой почки до 5 мм, она расположена преимущественно внепочечно, чашечки не лоцируются, чашечно-лоханочный комплекс левой почки не визуализируется.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Объемное образование нижнего полюса правой почки по эхокартине соответствует новообразования, вероятно, опухоль Вильмса
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана вероятная злокачественная этиология патологического процесса.
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Опухоль Вильмса представляет собой злокачественное новообразование почки, расположенное в паренхиме, нередко в области полюсов. Имеет неоднородную структуру, полностью замещающую нормальную почечную ткань, при достаточных размерах деформирует край почки и почечный синус. Обычно имеют хорошую васкуляризацию при ЦДК. При относительно небольших размерах опухоли, пока она не прорастает фиброзную капсулу почки, последняя может определяться на субкапсулярной поверхности почки как тонкая эхогенная линия. Опухоль растет в паренхиме и при отсутствии выраженной деформации синуса почки не приводит к сдавлению чашечно-лоханочного комплекса и нарушению оттока мочи.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение гиперваскулярного характера образования
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Доброкачественная опухоль - крупная ангиомиолипома Б. Карбункул почки В. Туберкулома почки
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только со злокачественной опухолью
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какие ещё изменения ультразвуковой картины почки наиболее характерны при данном заболевании
Э	-	А. Опухолевый тромб в почечной вене Б. Спленоренальные анастомозы В. Некроз образования с образованием полости распада

		Г. Кальцификация
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный: отсутствует информация об опухолевом тромбе
P0	-	Ответ неверный

Задача 4

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У больной 6 лет с хроническим активным гепатитом в анамнезе при абдоминальном ультразвуковом исследовании передне-задний размер правой доли печени по передней подмышечной линии 15 мм, косой вертикальный размер 17, 5 см, выявлены диффузные изменения в виде грубозернистой неоднородной эхоструктуры и неравномерная бугристость контуров, расширение ствола портальной вены до 16 мм, селезеночной вены до 11 мм. Селезенка имеет линейные размеры 13х6,5 см и площадь 64 кв см, хвостатая доля – вертикальный размер 65 мм, передне-задний 50 мм, диаметр печеночных вен и нижней полой вены в пределах нормы. Под висцеральной поверхностью селезенки и в воротах левой почки множественные извитые сосудистые структуры с монофазным кровотоком при импульсно-волновой доплерографии, в структуре круглой связки печени определяется анэхогенная трубчатая структура с окрашиванием ее просвета при ЦДК. В межкишечном пространстве, в малом тазу и подпеченочном пространстве анэхогенная жидкость в умеренном количестве. Система портальных вен и печеночные вены проходимы, признаков их тромбоза не выявлено. Из анамнеза известно о наличии у пациентки хронического гепатита
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Цирроз печени, портальная гипертензия, множественные портокавальные анастомозы, реканализация круглой связки печени, умеренная спленомегалия, умеренный асцит.
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не отмечено наличие портальной гипертензии и портокавальных анастомозов
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Неравномерные бугристые контуры, диффузно неоднородная эхоструктура и расширение вен портальной системы в совокупности с анамнестическими данными о наличии у пациентки хронического гепатита позволяют сделать заключение о циррозе печени. Множественные портокавальные анастомозы с монофазным коллатеральным кровотоком при доплерографии, реканализация пупочной вены в структуре круглой связки печени, а также спленомегалия и асцит служат доказательными ультразвуковыми признаками портальной гипертензии, которая является обязательной частью эхосемиотики цирроза печени
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение появления портокавальных анастомозов и реканализации пупочной вены в структуре круглой связки
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	Какие из перечисленных признаков наиболее специфичны для портальной гипертензии?

Э	-	А. Расширение воротной вены Б. Увеличение селезёнки В. Портокавальные анастомозы Г. Неравномерная бугристость контуров печени
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный, не названо расширение воротной вены
P0	-	Ответ неверный
В	4	Какую форму портальной гипертензии можно диагностировать на основании этих данных ?
Э	-	А. Подпечёчную Б. Печёчную В. Надпечёчную
P2	-	Ответ правильный
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какая из перечисленных областей не имеет значения для выявления портокавальных шунтов
Э	-	А. Под правой долей печени Б. Под левой долей печени В. Под висцеральной поверхностью селезёнки
P2	-	Ответ правильный
P0	-	Ответ неверный

Задача 5

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У подростка 14 лет, перенесшего лапароскопическую холецистэктомию, через 2 недели после операции появилась лихорадка, ускорение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, умеренные боли в правом подреберье. При абдоминальном ультразвуковом исследовании в правой доле печени в задних отделах выявлено анэхогенное образование с эхогенной неоднородной взвесью и нечеткими, неровными контурами диаметром 4,0 см, окружённое умеренно эхогенной хорошо васкуляризированной зоной толщиной до 2 см, без четких контуров переходящая в паренхиму печени обычной эхогенности. В области ложа желчного пузыря лоцируется петля кишки. Холедох прослежен на протяжении, диаметром 4 мм в воротах печени, 6 мм в ретродуоденальном отделе и 4 мм в панкреатическом отделе, на всем протяжении анэхогенный. Поджелудочная железа лоцируется четко, эхоструктура однородная эхогенность средняя, контуры ровные
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Послеоперационный абсцесс печени
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана локализация патологического процесса.
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Наличие в задних отделах правой доли печени анэхогенного образования с эхогенной неоднородной взвесью и нечеткими, неровными контурами свидетельствует об очаге гнойной деструкции ткани - абсцессе, а зона

		умеренно повышенной эхогенности вокруг с гипervasкулярной структурой и нечеткими контурами соответствует перифокальной зоне воспалительных изменений. Учитывая наличие воспалительной клиники и холецистэктомии в анамнезе можно сделать вывод о развитии абсцесса печени в послеоперационном периоде
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение зоны умеренно повышенной эхогенности печени вокруг выявленного образования
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Киста печени с фибриновой взвесью Б. Нагноившаяся послеоперационная гематома печени В. Распавшаяся опухоль печени
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только с послеоперационной гематомой
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какой признак однозначно свидетельствует о жидкостной консистенции очага?
Э	-	А. Дистальное псевдоусиление Б. Смещение частиц внутри очага В. Правильная округлая форма
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
Э	-	А. амбулаторное лечение антибактериальными средствами Б. госпитализация в хирургический стационар для выполнения лапаротомии и санации очага инфекции В. госпитализация в хирургический стационар для выполнения чрескожного дренирования под контролем ультразвука
P2	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P1	-	Заключение описано правильно, однако неверно рекомендована прицельная биопсия
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно, - рекомендовано динамическое наблюдение в динамике

Задача 6

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Пациентка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на тянущие боли в нижних отделах живота, больше слева, которые периодически беспокоят больную в течение 3 месяцев. Постменопауза 2 года. При двуручном исследовании выявлено: тело матки не увеличено, слева и сзади от матки определяется объемное образование 6 x 7 см в диаметре овоидной формы, тугоэластической консистенции, малоподвижное, чувствительное при пальпации. По данным ультразвукового исследования: матка визуально без

		изменений, соответствует возрастной норме. Слева от матки визуализируется гипоехогенное многокамерное образование размерами 6 x 7 см с четкими неровными контурами и неоднородной структурой за счет наличия на гипоехогенном фоне множественных анэхогенных полостей различного размера, часть из них с перегородками различной толщины, при цветовом доплеровском картировании в структуре образования и в отдельных перегородках определяются сосудистые структуры. Содержимое в полостях преимущественно анэхогенное, но часть полостей содержит рыхлую среднезернистую эхогенную взвесь.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Многокамерная цистаденома яичника, по эхокартине соответствует муцинозной.
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указан вероятный муцинозный характер цистаденомы яичника
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Для муцинозной цистаденомы яичника характерно наличие рядом с маткой крупного объемного образования с неоднородной эхоструктурой, содержащей множественные анэхогенные кистозные полости, в том числе с внутренними перегородками различной толщины и возможным наличием в полостях эхогенной взвеси, образование и перегородки, как правило, хорошо васкуляризованы.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение муцинозного характера цистаденомы
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Объемное образование яичника доброкачественной этиологии Б. Воспалительные изменения в правом яичнике В. Метастаз Крюкенберга в яичник злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика названа частично – не назван метастаз Крюкенберга
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
Э	-	А. Выполнение прицельной биопсии образования под ультразвуковым контролем Б. Оперативное лечение с cito гистологией и по ее результату решение об объеме операции В. Динамическое ультразвуковое наблюдение каждые 3 месяца в течении первого года
P1	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно - рекомендована прицельная биопсия

Задача 7

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	При профилактическом ультразвуковом исследовании у пациентки 9 лет, не предъявляющей жалоб на самочувствие, выявлено: тело матки расположено срединно, не увеличено, с четкими, ровными контурами, миометрий однородной эхоструктуры, М-эхо соответствует дню менструального цикла, правый яичник 21 x 19 x 16 мм, с фолликулами величиной 3-6 мм. Левый яичник представлен однокамерным анэхогенным образованием 35 x 38 мм, с утолщенной капсулой, по внутренней поверхности которой визуализируются единичные сосочковые разрастания величиной 4-7 мм.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Папиллярная серозная аденома яичника.
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указан папиллярный характер серозной аденомы яичника
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Для папиллярной серозной аденомы яичника характерно наличие в структуре органа однокамерного анэхогенного образования с толстой капсулой, о папиллярном характере свидетельствует наличие единичных сосочковых разрастаний
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение папиллярного характера аденомы яичника
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Злокачественное объемное образование Б. Воспалительные изменения в правом яичнике В. Метастаз Крюкенберга в яичник злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта
P1	-	Дифференциальная диагностика полная
P0	-	Дифференциальная диагностика названа частично – не назван метастаз Крюкенберга
		Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какова тактика дальнейшего ведения этой пациентки наиболее оправдана?
Э		А. Динамическое ультразвуковое наблюдение каждые 3 месяца в течении первого года Б. Выполнение прицельной биопсии образования под ультразвуковым контролем В. Лапароскопия с cito гистологией и по ее результату решение об объеме операции
P1	-	Тактика дальнейшего ведения выбрана верно
P0	-	Тактика ведения выбрана неверно - рекомендована прицельная биопсия
Задача 8		
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	У пациента 10 лет при ультразвуковом исследовании почек выявлено: размеры правой почки 117х56 мм, левой почки 118х52 мм, эхогенность коркового слоя обеих почек сопоставима с эхогенностью печени или селезенки, на ее фоне видны гипоэхогенные пирамидки. В паренхиме нижнего полюса правой почки выявлено округлое образование размерами 56х45 мм, деформирующее почечный синус и капсулу почки. Образование имеет диффузно неоднородную преимущественно гипоэхогенную структуру, полностью нарушает нормальное строение почечной паренхимы, в ЦДК имеет хаотичную гиперваскулярную структуру, контуры четкие ровные, на субкапсулярной поверхности образования прослеживается тонкая эхогенная линия фиброзной капсулы почки. Переднезадний размер лоханки правой почки до 7 мм, она расположена преимущественно внепочечно, чашечки не лоцируются, чашечно-лоханочный комплекс левой почки не визуализируется.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Объемное образование нижнего полюса правой почки по эхокартине соответствует новообразования, вероятно, гипернефрома
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана вероятная злокачественная этиология патологического процесса.
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Гипернефрома представляет собой злокачественное новообразование почки, расположенное в паренхиме, нередко в области полюсов. Имеет неоднородную структуру, полностью замещающую нормальную почечную ткань, при достаточных размерах деформирует край почки и почечный синус. Обычно имеют хорошую васкуляризацию при ЦДК. При относительно небольших размерах опухоли, пока она не прорастает фиброзную капсулу почки, последняя может определяться на субкапсулярной поверхности почки как тонкая эхогенная линия. Опухоль растет в паренхиме и при отсутствии выраженной деформации синуса почки не приводит к сдавлению чашечно-лоханочного комплекса и нарушению оттока мочи.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение гиперваскулярного характера образования
P0	-	Заключение обосновано неверно
В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Доброкачественная опухоль - крупная ангиомиолипома Б. Карбункул почки В. Туберкулома почки
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только со злокачественной опухолью
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какие ещё изменения ультразвуковой картины почки наиболее характерны

		при данном заболевании
Э	-	А. Опухолевый тромб в почечной вене Б. Спленоренальные анастомозы В. Некроз образования с образованием полости распада Г. Кальцификация
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный: отсутствует информация об опухолевом тромбе
P0	-	Ответ неверный

Задача 9

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	У пациента 13 лет среднего роста нормостенической конституции при ультразвуковом исследовании почек выявлено: размеры правой почки 127х65 мм, левой почки 116х52 мм, эхогенность коркового слоя обеих почек сопоставима с эхогенностью печени или селезенки, на ее фоне видны гипоехогенные пирамидки. Слева синус почки не расширен, чашечно-лоханочный комплекс левой почки не визуализируется. Справа синус почки расширен, в нем лоцируются множественные анэхогенные сообщающиеся между собой полостные структуры округлой и овальной формы размерами 15-55 мм, переднезадний размер лоханки правой почки до 22 мм, она расположена преимущественно внепочечно, толщина паренхимы правой почки в средней трети по латеральному контуру 10-12 мм, по задней поверхности 8-10 мм, лоханочно-мочеточниковый сегмент диаметром до 8 мм, в месте перехода в верхнюю треть мочеточника в его просвете определяется гиперэхогенный дугообразный сигнал до 15 мм длиной с акустической тенью, дистальнее него просвет мочеточника не лоцируется.
В	1	Сформулируйте Ваше заключение ультразвукового исследования
Э	-	Обтурирующий конкремент лоханочно-мочеточникового сегмента правой почки, гидронефроз справа с умеренным истончением паренхимы.
P2	-	Заключение сделано верно.
P1	-	Заключение сформулировано не полностью: не указана степень выраженности гидронефроза за счет истончения паренхимы
P0	-	Заключение поставлено неверно.
В	2	Обоснуйте Ваше заключение
Э	-	Конкремент лоханочно-мочеточникового сегмента правой почки имеет вид гиперэхогенного дугообразного сигнала с акустической тенью, за обтурацию говорит отсутствие визуализации просвета мочеточника дистальнее места обструкции конкрементом и расширение ЧЛС выше конкремента. Степень расширения выраженная, о чем свидетельствует как увеличение почки в сочетании с увеличением размера лоханки и чашечек, так и, в большей степени, существенное диффузное уменьшение толщины паренхимы почки за счет сдавления расширенной чашечно-лоханочной системой, что позволяет сделать заключение о гидронефрозе с истончением паренхимы.
P2	-	Заключение обосновано верно
P1	-	Заключение обосновано не полностью: отсутствует объяснение степени истончения паренхимы почки
P0	-	Заключение обосновано неверно

В	3	С чем необходимо дифференцировать данное состояние?
Э	-	А. Множественные синусные кисты почки Б. Кистозная дисплазия почки – мультикистоз В. Гидронефроз вследствие обтурации опухолью
P2	-	Дифференциальная диагностика полная
P1	-	Дифференциальная диагностика проводится только с синусными кистами
P0	-	Дифференциальная диагностика не представлена
В	4	Какие ещё изменения ультразвуковой картины почки возможные при данном заболевании
Э		А. Другие конкременты в чашечно-лоханочной системе почки Б. Синдром гиперэхогенной коры как следствие воспалительного процесса в почке В. Наличие неоднородной эхогенной взвеси в чашечно-лоханочной системе при вторичном инфицировании при пиелонефрозе
P2	-	Ответ правильный
P1	-	Ответ неполный: отсутствует информация о возможном синдроме гиперэхогенной коры
P0	-	Ответ неверный

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде тестовых заданий по разделам.

5.1 Перечень тестовых заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.2 Тестовые задания

к зачету по дисциплине «Диагностика неотложных состояний у новорожденных»

Тестовые задания	Код компетенции (согласно РПД)
1. У НОВОРОЖДЕННОГО ПРЕОБЛАДАЮЩИМ ЯВЛЯЕТСЯ: а) мозговое вещество надпочечника; б) корковое вещество надпочечника; в) эмбриональное корковое вещество надпочечника. г) экоструктура надпочечника однородная	УК-1 ПК-1,
2. ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ НАДПОЧЕЧНИКА БОЛЬШЕ: а) у детей в пубертатном периоде; б) у взрослых; в) у новорожденных. г) у детей первого года жизни	
3. ПРИ АНДРОГЕНИТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ У НОВОРОЖДЕННЫХ ЭХОГЕННОСТЬ И ЭХОСТРУКТУРА УВЕЛИЧЕННОГО НАДПОЧЕЧНИКА: а) не изменена; б) эхогенность повышена, экоструктура неоднородна в) эхогенность понижена, экоструктура однородна г) эхогенность средняя, экоструктура с кистозным компонентом	
4. ДИСТОПИЯ ПОЧКИ - ЭТО: а) патологическая смещаемость почки при перемене положения тела; б) неправильное перемещение почки в процессе эмбриогенеза;	

в) уменьшение размеров почки с нормальным развитием паренхимы и ЧЛК; г) сращение почек нижними полюсами.	
5. ДОСТОВЕРНЫЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ а) наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей синус на две части; б) визуализация двух почек, сращенных полюсами; в) гидронефротическая трансформация одной половины почки; г) изменение соотношения толщины паренхимы и толщины почечного синуса;	
6. ПРИ СИНДРОМЕ BUDD-CHIARI УЗИ ПЕЧЕНИ В ОСТРУЮ ФАЗУ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ: а) расширение желчевыводящих протоков; б) расширение воротной вены; в) сужение воротной вены; г) сужение устьев печеночных вен.	
7. ФОКАЛЬНАЯ НОДУЛЯРНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ: а) доброкачественным опухолевым процессом б) злокачественным опухолевым процессом в) врожденной аномалией развития г) воспалительным очаговым поражением	
8. ЭХОГРАФИЧЕСКИ ГЕПАТОЛИЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ: а) увеличением размеров печени и селезенки с вероятными изменениями воротной вены; б) увеличением селезенки; в) расширением портальной системы; г) повышением эхогенности ткани печени и селезенки	
9. УТВЕРЖДЕНИЕ ОБ УПЛОТНЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЕЕ ЭХОГЕННОСТИ: а) справедливо всегда; б) несправедливо; в) справедливо при наличии кальцификатов в паренхиме печени. г) справедливо при наличии цирроза печени;	
10. ПРОСТЫЕ КИСТЫ ПОЧЕК: а) наследуются всегда; б) не наследуются; в) наследуются по аутосомно-рецессивному типу; г) наследуются по аутосомно-доминантному типу	
11. К УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКАМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ, КРОМЕ: а) увеличения желчного пузыря; б) расширения вышерасположенных желчных протоков в) наличия гиперэхогенной структуры в просвете внепеченочных желчевыводящих протоков. г) наличия конкремента в желчном пузыре или внутрипеченочных протоках	
12. УЛЬТРАЗВУКОВЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ: а) объемное образование в полости, стенке или вне желчного пузыря. б) неровные наружный и внутренний контуры пузыря в сочетании с неравномерными изменениями стенки на фоне отсутствия клиники	

воспаления. в) неоднородный характер структуры, смешанная эхогенность. г) перемещаемость структуры при изменении положения тела.	
13. ЭХОГЕННОСТЬ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ И СОСУДИСТЫЙ РИСУНОК ПРИ ЖИРОВОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПЕЧЕНИ СЛЕДУЮЩИЕ: а) эхогенность не изменена, сосудистый рисунок четкий б) эхогенность понижена, сосудистый рисунок обеднен в) эхогенность смешанная, сосудистый рисунок выделяется г) эхогенность повышена, сосудистый рисунок обеднен	
14. В СТАНДАРТНЫХ УСЛОВИЯХ ЖЕЛЧНЫЙ КОНКРЕМЕНТ ВИЗУАЛИЗИРУЕТСЯ: а) инкапсулированная структура б) солидное образование с дистальным усилением ультразвука в) гиперэхогенный дугообразный сигнал г) изоэхогенное округлое образование	
15. СРЕДИ ПАРАМЕТРОВ СОСУДИСТОГО РИСУНКА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ: а) четкость выявления стенок сосудистой сети б) характер изменения диаметра крупных и средних сосудов в) характер криволинейности сосуда г) равномерность и углы отхождения ветвей от более крупных сосудов	
16. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОДКОВООБРАЗНОЙ ПОЧКИ ВОЗМОЖНА: а) во всех случаях; б) не во всех случаях; в) не возможна, только диагностика с помощью компьютерной томографии; г) только при наличии уростаза; д) только при присоединении нефрокальциноза.	
17. ЛУЧШЕ ВЫЯВЛЯТЬ ПОДКОВООБРАЗНУЮ ПОЧКУ С ПОМОЩЬЮ: а) ультразвуковой диагностики; б) компьютерной томографии; в) внутривенной урографии; г) селективной ангиографии;	
18. ПРИ УЗИ МОЖНО ЗАПОДОЗРИТЬ ПОДКОВООБРАЗНУЮ ПОЧКУ КОГДА: а) одна из почек визуализируется в малом тазу; б) почки смещены вниз, длинные оси почек развернуты; в) полюса почек отчетливо визуализируются в обычном месте; г) эхогенность коркового слоя почек повышена	
19. ПОДКОВООБРАЗНАЯ ПОЧКА -ЭТО АНОМАЛЬНЫЕ ПОЧКИ, СРАЩЕННЫЕ ЧАЩЕ: а) нижними полюсами; б) средними сегментами; в) верхними полюсами; г) по передней губе почки;	
20. ОСНОВНЫМ ОТЛИЧИЕМ СМОРЩЕННОЙ ПОЧКИ ОТ ГИПОПЛАЗИРОВАННОЙ ЯВЛЯЕТСЯ: а) неровность контура сморщенной почки;	

б) ровный контур гипоплазированной почки; в) увеличение паренхимо-пиелического индекса за счет синуса почки; г) истончение паренхимы почки	
21. ПРИЗНАК УДВОЕНИЯ ПОЧКИ - ЭТО: а) наличие паренхиматозной перемычки, разделяющей синус на две части; б) визуализация двух почек, сращенных полюсами; в) изменение соотношения толщины паренхимы и почечного синуса; г) нарушение сосудисто-мочеточниковых взаимоотношений.	
22. К ПРИЗНАКАМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ОТНОСИТСЯ: а) экзогенность, сопоставимая с экзогенностью коркового вещества почки б) неровность контуров железы в) неоднородность эхоструктуры железы г) умеренное расширение вирсунгова протока железы	
23. В ПАРЕНХИМЕ ПОЧКИ МОЖНО ВИЗУАЛИЗИРОВАТЬ: а) чашечки первого порядка; б) пирамидки; в) чашечки второго порядка; г) сегментарные артерии;	
24. ГИПРЭХОГЕННЫЕ СИГНАЛЫ 3,5-4 ММ В ПОЧЕЧНОМ СИНУСЕ С ЧЕТКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНЬЮ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ: а) о наличии мелких конкрементов в почке; б) о наличии песка в чашечно-лоханочной системе; в) об уплотнении чашечно-лоханочных структур; г) о кальцинозе сосочков пирамид;	
25. ЭХОГЕННОСТЬ КОРКОВОГО СЛОЯ ПОЧКИ В НОРМЕ: а) ниже эхогенности мозгового слоя; б) сопоставима с эхогенностью мозгового слоя; в) выше эхогенности мозгового слоя; г) сопоставима с эхогенностью синусной клетчатки;	
26. ПРИ ПОВЫШЕНИИ ЭХОГЕННОСТИ ПОЧЕЧНОГО СИНУСА ГОВОРИТЬ ОБ УПЛОТНЕНИИ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНЫХ СТРУКТУР: а) можно; б) нельзя; в) можно при наличии в анамнезе хронического пиелонефрита; г) можно при наличии в анамнезе мочекаменной болезни;	
27. НА ГРАНИЦЕ КОРТИКАЛЬНОГО И МЕДУЛЛЯРНОГО СЛОЕВ ВИЗУАЛИЗИРУЮТСЯ ЛИНЕЙНОЙ ФОРМЫ ГИПЕРЭХОГЕННЫЕ СТРУКТУРЫ ТОЛЩИНОЙ 1-2ММ - ЭТО: а) проявления перимедуллярного фиброза; б) визуализирующиеся нормальные дуговые артерии в) проявления атеросклероза сосудов паренхимы; г) проявления поражения почки при подагре.	
28. МИНИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР КОНКРЕМЕНТА В ПОЧКЕ, ДОСТОВЕРНО ВЫЯВЛЯЕМОГО С ПОМОЩЬЮ УЗИ: б) 1,5-2мм; в) 3,5-4 мм; г) 4-6 мм; д) 5-7 мм.	
29. ГИПРЭХОГЕННЫЕ СИГНАЛЫ 2-3 ММ В ПОЧЕЧНОМ СИНУСЕ БЕЗ ЧЕТКОЙ АКУСТИЧЕСКОЙ ТЕНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:	

а) о наличии песка в чашечно-лоханочной системе; б) об уплотнении чашечно-лоханочных структур; в) о наличии мелких конкрементов в почке; г) не являются специфичными признаками какой-либо определенной нозологии.	
30. ВЫЯВЛЯЕМЫЙ ПРИ УЗИ ГАРТМАНОВСКИЙ КАРМАН ЯВЛЯЕТСЯ: а) специфическим признаком увеличения желчного пузыря при билиарной гипертензии б) анатомической особенностью желчного пузыря в) следствием длительного существования хронического холецистита г) следствием рубцовой деформации при остром холецистите	

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Новопольцева Екатерина Геннадьевна, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии;

Козлова Елена Михайловна д.м.н., профессор кафедры факультетской и поликлинической педиатрии;

Власова Ирина Николаевна к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии;

Баскакова Евгения Юрьевна к.м.н., доцент кафедры факультетской и поликлинической педиатрии;