

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ И ОНКОЛОГИЯ

Специальность: 31.08.19 Педиатрия

Кафедра: госпитальной педиатрии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Детская хирургия и онкология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Детская хирургия и онкология». 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 Детская хирургия и онкология используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	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	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

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
ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Текущий,	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста Раздел 2. Детская урология и андрология Раздел 3. Хирургия новорождённых Раздел 4. Доброкачественные опухоли у детей Раздел 5. Злокачественные опухоли у детей Раздел 6. Лимфаденопатии. Гемобластозы.	Тесты, Ситуационные задачи, Собеседование

ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5	Промежуточн ый	Раздел 1. Неотложная хирургия детского возраста Раздел 2. Детская урология и андрология Раздел 3. Хирургия новорождённых Раздел 4. Доброкачественные опухоли у детей Раздел 5. Злокачественные опухоли у де- тей Раздел 6. Лимфаденопатии. Гемобла- стозы.	Тестовые задания
--	-------------------	---	------------------

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме тестовых заданий, ситуационных задач и собеседования.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5

1. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является:

- А. появление припухлости в одной половине мошонки*;
- Б. ухудшение общего состояния;
- В. подъем температуры;
- Г. резкая болезненность;
- Д. гиперемия мошонки.

2. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не входят:

- А. острый аппендицит;
- Б. острый панкреатит;
- В. киста общего желчного протока;
- Г. киста поджелудочной железы;
- Д. ущемленная паховая грыжа*.

3. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезёнки. Рекомендуются:

- А. лапароцентез;
- Б. лапароскопия*;
- В. установка дренажа брюшной полости;
- Г. лапаротомия;
- Д. наблюдение, консервативная терапия.

4. У ребёнка странгуляционная непроходимость. Необходимо:

- А. проведение консервативных мероприятий;
- Б. наблюдение;
- В. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 ч.;
- Г. срочная операция;
- Д. операция после предоперационной подготовки*.

5. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

- А. невозможен*;
- Б. возможен при начальной стадии воспаления;
- В. возможен при флегмонозном аппендиците;

- Г. возможен при гангренозном аппендиците;
- Д. возможен даже при перфоративном аппендиците.

6. У ребёнка 8 мес. клиника инвагинации. Оптимальный метод обследования:

- А. ирригография с воздухом*;
- Б. ирригография с бариевой взвесью;
- В. осмотр живота под наркозом;
- Г. лапароскопия;
- Д. колоноскопия.

7. Больной острым аппендицитом в постели занимает положение:

- А. на спине
- Б. на животе
- В. на правом боку с приведёнными ногами*
- Г. на левом боку
- Д. сидя.

8. В начальном периоде инвагинации лечение начинают с:

- А. расправления воздухом под рентгенологическим контролем*;
- Б. пальпаторного расправления под наркозом;
- В. расправления под контролем лапароскопа;
- Г. расправления под контролем колоноскопа;
- Д. оперативного лечения.

9. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является:

- А. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево*;
- Б. гиперлейкоцитоз;
- В. лейкопения ;
- Г. отсутствие изменений;
- Д. ускоренное СОЭ.

10. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз:

- А. острый аппендицит;
- Б. инвагинация кишечника*;
- В. аппендикулярный инфильтрат;
- Г. кишечная инфекция;
- Д. опухоль брюшной полости.

11. Достоверным методом исследования в дифференциальной диагностике камня мочевого пузыря является:

- А. нисходящая цистография;
- Б. обзорная рентгенография;
- В. пневмоцистография;
- Г. цистоскопия*;
- Д. урофлоуметрия

12. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей:

- А. экскреторная урография
- Б. цистоскопия
- В. цистография*
- Г. катетеризация мочевого пузыря
- Д. хромоцистоскопия

13. При анурии у детей противопоказана :

- А. обзорная рентгенография органов мочевой системы;
- Б. экскреторная урография*;
- В. цистоуретрография;
- Г. ретроградная пиелография;
- Д. цистоскопия.

14. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится:

- А. Гомолатеральная дистопия
- Б. Поликистоз почек*
- В. Подковообразная почка
- Г. Удвоение верхних мочевых путей
- Д. S-образная почка

15. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей :

- А. перемежающийся гидронефроз*;
- Б. пузырно-мочеточниковый рефлюкс;
- В. гипоплазия почки;
- Г. удвоение верхних мочевых путей;
- Д. поликистоз.

16. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в\в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз:

- А. сморщивание или гипоплазия почки;
- Б. новообразование или киста почки;
- В. ОРВИ или апостематоз почки;
- Г. пиелюктазия или гидронефроз*;
- Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь.

17. Скрытым половым членом считают :

- А. половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки*;
- Б. половой член с недоразвитыми кавернозными телами;
- В. половой член с гипертрофированной крайней плотью;
- Г. половой член малых размеров;
- Д. микрофаллус с дисгенезией гонад.

18. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым:

- А. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие;

Б. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек;

В. аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках;

Г. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста;

Д. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста*.

19. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является :

А. неспецифическая инфекция;

Б. механические факторы*;

В. специфическая инфекция;

Г. нарушение обменных процессов;

Д. диспропорция развития тканевых структур детского организма.

20. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме:

А. пениальной;

Б. бедренной;

В. промежностной;

Г. перекрестной;

Д. пупочной*.

21. Из перечисленных наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

А. симптом "песочных часов"

Б. вздутие эпигастрия после кормления

В. пальпация увеличенного привратника*

Г. гипотрофия

Д. олигурия.

22. Для всех перечисленных заболеваний ведущим является синдромом срыгивания, за исключением:

А. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Б. постгипоксической энцефалопатии

В. халазии

Г. пилоростеноза

Д. пневмонии*.

23. К клиническим признакам полной высокой кишечной непроходимости относятся все симптомы, исключая:

А. частую рвоту с примесью желчи

Б. рвоту без примеси желчи

В. частое мочеиспускание*

Г. запавший живот

Д. аспирационный синдром.

24. Наличие "немой" зоны на обзорной рентгенограмме брюшной полости новорожденного с рвотой подтверждает диагноз:

А. атрезии пищевода

Б. атрезии тонкой кишки*

- В. острой формы болезни Гиршпрунга
- Г. кольцевидной поджелудочной железы
- Д. незавершенного поворота средней кишки.

25. Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом является:

- А. множественные разнокалиберные уровни жидкости
- Б. повышенное газонаполнение кишечной трубки
- В. симптом “мыльной пены”*
- Г. утолщение стенки кишечных петель
- Д. жидкость в брюшной полости.

26. 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*.

27. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А. гипоплазия легкого;
- Б. аплазия легкого;
- В. агенезия легкого*;
- Г. ателектаз;
- Д. буллы.

28. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А. гидронефротическую трансформацию почек;
- Б. врожденную кишечную непроходимость;
- В. врожденный трахео-пищеводный свищ*;
- Г. гастрошизис;
- Д. врожденный порок сердца.

29. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А. 3 часа после рождения;
- Б. 6 часов после рождения;
- В. 16 часов после рождения*;
- Г. 24 часа после рождения;
- Д. 32 часа после рождения.

30. Укажите у ребенка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

- А. цианоз;
- Б. одышка;
- В. запавший живот*;

Г. пенистые выделения изо рта;

Д. хрипы при аускультации легких.

31. Наиболее опасным осложнением гемангиом является:

А. Изъязвление

Б. Кровотечение*

В. Воспаление окружающих тканей

Г. Нагноение

Д. Асимметрия лица

32. Тератомы наиболее часто локализуются:

А. В яичнике

Б. В средостении

В. В грудной полости

Г. В крестцово-копчиковой области*

Д. В головном мозге

33. Для кистозной лимфангиомы характерно:

А. Болезненность

Б. Быстрый рост

В. Истончение кожи над образованием*

Г. Гиперемия окружающей ткани

Д. Самопроизвольное рассасывание

34. При операции по поводу дермоидных кист производят:

А. Пункцию кисты

Б. Иссечение кисты в пределах здоровых тканей*

В. Удаление регионарных лимфоузлов

Г. Фистулографию

Д. Удаляют содержимое кисты, оставляя капсулу

35. Для невуса характерны:

А. Быстрый рост

Б. Быстрое озлокачествление

В. Постепенное увеличение соответственно росту ребенка*

Г. Сдавление при росте внутренних органов

Д. Кровотечение

36. Отличительной особенностью гемангиом является:

А. Болезненность при пальпации

Б. Наличие воспаления в окружающих тканях

В. Переход одной формы гемангиомы в другую

Г. Уменьшение в размерах и побледнение при надавливании*

Д. Локализация опухоли на туловище

37. При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность:

А. Кровотечения

Б. Воспаления

В. Сдавления пищевода и трахеи*

Г.Злокачественного перерождения опухоли
Д.Нагноения

38. Хирургическое лечение лимфангиом осуществляют путем:
А.Прошивания лимфатических сосудов
Б.Иссечения опухоли в пределах здоровых тканей*
В.Иссечения поверхностно лежащего участка опухоли
Г.Прошивания кист лимфангиомы
Д.Интраоперационного удаления жидкого содержимого

39. По этиологии гемангиоме следует относить:
А.К порокам развития мягких тканей
Б.К доброкачественным опухолям мягких тканей*
В.К порокам развития сосудов
Г.К мезенхимальным опухолям
Д.К злокачественным новообразованиям

40. Наиболее опасным осложнением лимфангиомы является:
А.Воспаление*
Б.Сдавление трахеи
В.Кровотечение
Г.Изъязвление
Д.Озлокачествление

41. α -фетопротеин специфический маркер крови при:
А) нейробластоме
Б) мезотелиоме
В) тератобластоме*
Г) лимфангиоме

42. Опухоли, излюбленной локализацией которых является заднее средостение:
А) тимома;
Б) лимфома;
В) тератома;
Г) нейробластома*

43. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:
А. 6-8 мес;*
Б. 1 год;
В. 2 года;
Г. 3 года;
Д. в зависимости от роста и размеров образования.

44. Укажите не характерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:

- А. пороки развития;
- Б. гнойно-воспалительные заболевания;
- В. злокачественные опухоли*;
- Г. сосудистые дисплазии;
- Д. родовая травма

45. Из перечисленных признаков характерны для меланомы:

- А. Быстрый рост
- Б. Появление «дочерних» невусов
- В. Изменение окраски*
- Г. Безболезненность
- Д. Изъязвление

46. Источником роста нейрогенных опухолей являются:

- А. симпатические ганглии*;
- Б. белое вещество мозга;
- В. оболочки периферических нервов;
- Г. мозговое вещество надпочечников.

47. При злокачественных опухолях печени у детей характерны:

- А. резкая боль в правом подреберье;
- Б. высокий титр α -фетопротейна*;
- В. Повышение экскреции катехоламинов с мочой;
- Г. повышение концентрации билирубина сыворотки крови;
- Д. повышение активности трансаминаз сыворотки крови;
- Е. резкое снижение белково-синтетической функции печени.

48. Наличие единичного субплеврального метастаза в правом легком после проведения комплексного лечения остеогенной саркомы является показанием для:

- А) продолжения химиотерапии несмотря на токсическую цитопению;
- Б) завершение терапии;
- В) торакоскопическое удаление субплеврального метастаза с гистологическим исследованием*;

49. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются:

- А. в верхнем отделе центрального средостения*;
- Б. в нижнем отделе центрального средостения;
- В. в заднем средостении;
- Г. в нижнем отделе переднего средостения;
- Д. в верхнем отделе переднего средостения

50. Для опухоли Вильмса характерны:

- А. Макрогематурия
- Б. Пальпируемое образование в брюшной полости*
- В. Волнообразная лихорадка
- Г. Потеря веса
- Д. Увеличение живота

51. Хирургическая тактика при лимфопролиферативном процессе с изолированным поражением внутригрудных лимфоузлов:

- А) торакотомия с удалением всей опухолевой массы;
- Б) торакоскопия с удалением всей опухолевой массы;
- В) торакоскопия с удалением одного из пораженных лимфоузлов, костномозговые пункции гребней подвздошных костей*

52. Для шейного лимфаденита характерны:

- А. смещаемость при глотании;
- Б. срединное расположение;
- В. мягкая консистенция;
- Г. отсутствие боли при пальпации;
- Д. наличие входных ворот инфекции и болезненность *

53. Среди пороков развития и заболеваний грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего хирургической коррекции является:

- А. лобарная эмфизема
- Б. деструктивная пневмония
- В. ложная диафрагмальная грыжа*
- Г. врожденные ателектазы
- Д. опухоль средостения.

54. Выберите окончательный метод диагностики для верификации лимфом:

- А. эндоскопический
- Б. иммуногистохимический*
- В. рентгенологический
- Г. цитологический

55. Лимфогранулематоз у детей характеризуется

- А. быстрым течением с частой генерализацией*
- Б. таким же темпом течения, как у взрослых
- В. медленным течением
- Г. редко генерализованный

56. При лимфогранулематозе у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается:

- А. крайне редко
- Б. часто*

В. никогда не встречается
Г.редко

57. Основным критерием для установи диагноза лимфогранулематоз является:
А. оперделение СОЭ
Б. УЗИ брюшной полости
В. морфологическое подтверждение диагноза*
Г. рентгенография грудной клетки

58. При лимфогранулематозе у детей наиболее часто поражаются:
А. шейные лимфоузлы*
Б. лимфоузлы средостения
В. забрюшинные и паховые лимфоузлы
Г.локтевые лимфоузлы

59. Что обязательно выполняют при подозрении на поражение костного мозга при лимфоме Ходжкина
А. рентгенографию костей
Б. трепанобиопсию подвздошной кости*
В. позитронную эмиссионную томографию
Г. МРТ костей

60. При лимфосаркоме наиболее часто у детей поражается следующий отдел желудочно-кишечного тракта:
А. прямая и сигмовидная кишка
Б. восходящий отдел ободочной кишки
В. илеоцекальный угол
Г. желудок
Д.тонкий кишечник.

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенции ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5

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
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: предположен «острый живот»
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз пельвиоперитонита установлен на основании: -анамнеза — острое развитие заболевания - жалоб больного на боли в нижних отделах живота, тошноту, тошноту, рвоту; - данных объективного исследования (температура тела 38,7°, язык сухой, пульс 110 уд.в мин., живот отстаёт в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах. Отмечается ригидность передней брюшной стенки, положительный симптом Щёткина-Блюмберга в обеих подвздошных областях. Отмечаются выделения из половых путей слизисто-гнойного характера). -лабораторных данных - в анализе крови-лейкоцитоз 18000.
P2	-	Диагноз обоснован верно.
P1	-	Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0	-	Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э	-	При картине «острого живота» показано оперативное лечение по экстренным показаниям — диагностическая лапароскопия; санация брюшной полости (посев содержимого). До операции проводится кратковременная инфузионная терапия: инфузия раствора стерофундина 500 мл внутривенно, для снижения температуры 1% раствор парацетамола в/венно. За 30минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 1гр.
P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э	-	Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом, осложнённым перитонитом. В данной ситуации быстрое развитие клиники перитонита, выделения из половых путей слизисто-

		гнойного характера, гиперлейкоцитоз у девочки позволяют правильно установить диагноз.
P2	-	Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1	-	Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0	-	Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
B	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.
Ситуационная задача 2.		
H	-	002
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
I		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.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен пиелонефрит
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Диагноз пузырно-мочеточникового рефлюкса установлен на основании: - анамнеза — с раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания, в анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. - жалоб больного на недержание мочи, частые мочеиспускания;

		- данных объективного исследования — на момент осмотра живот мягкий, безболезненный, симптом поколачивания поясничной области отрицательный. -лабораторных данных - в анализе мочи- лейкоцитурия, по данным УЗИ почек- подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	Какие мероприятия необходимы в данном случае?
Э		Необходима госпитализация с проведением рентгено-урологического обследования (внутривенной урографии, цистографии), исследованием биохимической активности процесса (кровь на мочевины, креатинин), мочи по Нечипоренко, бактериологическим посевом мочи и определением тактики лечения в зависимости от результатов.
P2		Ответ верный. Все мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный. Не полностью указаны необходимы исследования.
P0		Ответ неверный. План обследования определен неверно.
В	4	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с инфекцией мочевых путей. В данной ситуации длительность анамнеза, отсутствие эффекта от консервативной терапии, изменения по данным УЗИ почек позволяют правильно установить диагноз.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Э		При подтверждении диагноза ПМР проводят эндоскопическое (оперативное) лечение ПМР с последующим контролем эффективности через 6 мес. (контрольная цистография).
P2		Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1		Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0		Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Ситуационная задача 3.		
Н		003
Ф	В/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах

Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		У мальчика 7 лет накануне были катаральные явления. Дважды был осмотрен участковым врачом. Диагностировано ОРЗ, назначено лечение противовирусными препаратами, антибиотиками. Пятый день болит живот, после приёма пищи отмечается рвота, ребёнок не встаёт с постели. Состояние мальчика тяжёлое. Кожные покровы бледные, сухие. Язык обложен густым белым налётом, сухой. Пульс 140 уд.в мин., температура тела 38,2°. В лёгких дыхание жёсткое, живот в дыхании не участвует, напряжён, резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. КСП направлен в стационар в связи с ухудшением состояния
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Острый аппендицит, осложнённый перитонитом
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен аппендицит
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок заболел остро, 5 дней назад. На момент осмотра язык обложен белым налётом, сухой, живот в дыхании не участвует, напряжён, резко болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины, что свидетельствует о картине перитонита, наиболее вероятно как осложнение острого аппендицита. Также имеется тахикардия до 140 уд.в мин., фебрилитет.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с перитонитом другой этиологии (вызванный перфорацией дивертикула Меккеля, удивочек с пельвиоперитонитом). Необходимо выполнить общий анализ крови с определением группы крови и резус-фактора, геморрагическим комплексом. Также провести ректальное исследование, УЗИ брюшной полости.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?

Э		После кратковременной предоперационной подготовки в течение 2 часов (инфузионная терапия –Sol. Sterofundini 500мл внутривенно) необходимо выполнить срединную лапаротомию, при которой после ревизии удалить червеобразный отросток, взять содержимое на посев, санировать брюшную полость, по показаниям сохранить лапаростому. За 30минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 1гр.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1		Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0		Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После операции ребёнка переводят в ОРИТ, где продолжают инфузионную, антибактериальную терапию (назначают 3 антибиотика внутривенно: цефалоспорины- цефотаксим 100 мг/кг-суточная доза, аминогликозиды – амикацин-15мг/кг-суточная доза, метрогил -7,5 мг/кг-разовая доза – 2-3 раза в день), парентеральное питание. При сохранении лапаростомы через день проводят плановую программированную ревизию и санацию брюшной полости. При отсутствии гнойного экссудата брюшную полость ушивают.
P2		Ответ верный. Тактика лечения описана полностью.
P1		Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0		Ответ неверный. Тактика лечения пациента не определена.
Ситуационная задача 4.		
Н		004
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		Мальчик 8 лет болен, со слов матери, около месяца. Отмечалось снижение аппетита, похудание, вялость, боли в животе без чёткой локализации. Периодически повышалась температура до 38-39°. Лечился амбулаторно по поводу гриппа. Осматривался хирургом в связи с болями в животе, данных за острую хирургическую патологию не выявлено. Последние 3 дня состояние ухудшилось. Наросла вялость, слабость, постоянная температура 38-39°, жидкий стул до 3 раз в день. При поступлении в стационар состояние ребёнка тяжёлое. Бледные, сухие кожа и слизистые. Пульс до 180 уд.в мин., АД 160/90 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, мягкий. В брюшной полости, справа от средней линии, пальпируется бугристое, без чётких границ, малоподвижное образование. При ректальном исследовании патологии нет. В ан.крови – анемия, ускорение СОЭ.

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Нейрогенная опухоль забрюшинного пространства
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположена опухоль без указания локализации.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок болен в течение месяца: периодические боли в животе, вялость, слабость, похудание. При осмотре определяется опухоль, малоподвижная, бугристая. Имеются признаки гормональной активности опухоли: высокое давление, тахикардия, фебрилитет. Следовательно, вероятно имеется нейрогенная опухоль забрюшинного пространства.
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 другими опухолями, прежде всего с нефробластомой. Признаки гормональной активности опухоли: высокое давление, тахикардия, фебрилитет указывают на нейрогенную опухоль забрюшинного пространства.
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 в/в урографию (на ней отмечается смещение чашечно-лоханочного аппарата правой почки). Также провести КТ, МРТ (имеется опухолевидное образование забрюшинного пространства справа). Также необходимо взять анализ крови на онкомаркёры.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		Назначение детским онкологом в стационаре полихимиотерапии, после чего – оперативного лечения – удаления опухоли.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.

P0		Тактика лечения не определена.
Ситуационная задача 5.		
Н		005
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мальчик 8 лет доставлен с места автокатастрофы в тяжёлом состоянии. Множественные ушибы и ссадины тела, конечностей. Сознание ясное, возбуждён. Из уретры выделяется каплями кровь. Очень хочет, но не может помочиться. Живот не вздут, мягкий, доступен глубокой пальпации. Перистальтика кишечника, печёночная тупость сохранена. Резкая болезненность в области лона, где перкуторно определяется тупость, болезненность при пальпации.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Травма уретры
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Имелся факт травмы. При поступлении имеется уретроррагия, острая задержка мочи.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с травмой мочевого пузыря (внебрюшинным и внутрибрюшинным разрывом). Отличием является интактный живот, отсутствие мочи, уретроррагия.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить восходящую уретрографию, при которой был обнаружен затёк контраста в мягкие ткани, контраста в мочевом пузыре нет.
P2		Методы обследования выбраны верно.

P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо произвести цистостомию.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
Ситуационная задача 6.		
H		006
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		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.
B	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Поздняя спаечная кишечная непроходимость.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
B	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		В анамнезе перенесённая операция по поводу осложнённого аппендицита. Наблюдался со спаечной болезнью. При поступлении имеются приступообразные боли в животе, рвота, задержка стула. Ребёнок занимает вынужденное положение, пальпируются расширенные петли кишок.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.

В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ранней спаечной непроходимостью, динамической кишечной непроходимостью. Отличием от ранней непроходимости является срок 3 года после операции. Отличие от пареза кишечника заключается в признаках механической непроходимости: в анамнезе спаечная болезнь, расширенные петли кишок в нижних отделах живота, выраженный болевой синдром.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении, по показаниям (при явлениях частичной кишечной непроходимости) – контрастное исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо установить назогастральный зонд, выполнить очистительную клизму. Начать инфузионную терапию - Sterofundini-500 мл внутривенно. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – при возможности лапароскопический висцеролиз, при выраженном спаечном процессе- лапаротомия, висцеролиз.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
Ситуационная задача 7.		
Н		007
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		
И		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.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с кишечной инфекцией. В данном случае на фоне кишечной инфекции (диспепсических расстройств, о чём свидетельствуют лихорадка, стул с «зеленью» в начале заболевания) появилась клиника инвагинации кишечника, о чём говорят приступообразные боли в животе, кровянистые выделения из ануса (симптом «малинового желе»).
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ректальный осмотр, обзорную рентгенографию брюшной полости в вертикальном положении, УЗИ брюшной полости (симптом «мишени», «слоистого пирога», «псевдопочки»), осмотр живота под седацией (пальпация инвагината).
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.

P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Какие экстренные мероприятия необходимы в данном случае?
Э		В экстренном порядке необходимо выполнить пневмоирригокомпрессию. При отсутствии эффекта – оперативное лечение – лапароскопическую или открытую дезинвагинацию.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный.
P0		Ответ неверный.
Н		Ситуационная задача 8. 008
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		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 прогрессивным ухудшением общего состояния, нарушением дыхания переведён на ИВЛ. Выполнена рентгенография грудной клетки, на которой выявлены явления пневмонии. Ребёнок получал инфузионную, антибактериальную терапию, находился на парентеральном питании. При осмотре живота отмечалось его вздутие в эпигастрии. После очистительных клизм стула, газов не получено. Через 3 дня переведён в областную больницу в связи с ухудшением состояния, отсутствием эффекта от лечения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		После рождения отмечались пенистые выделения изо рта, акроцианоз, ухудшение состояния, цианоз кожных покровов при попытках кормления. Вздутие живота в эпигастрии говорит о наличии свища.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.

В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с безсвищевой формой атрезии. Вздутие живота в эпигастрии говорит о наличии свища. Отсутствие антенатального диагноза атрезии также свидетельствует о свищевой форме атрезии.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
В		Необходимо выполнить рентгеноконтрастное исследование пищевода с использованием водорастворимого контраста верографина. Также провести УЗИ органов брюшной полости, почек, чтобы исключить сопутствующую патологию.
Э		Методы обследования выбраны верно.
P2		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P1		Методы обследования выбраны неверно.
P0		
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки в течение 2-х дней и купирования явлений аспирационной пневмонии выполнить торакотомию задне-боковым доступом или торакоскопическую операцию : разделить свищ и наложить эзофагоэзофагоанастомоз.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		Ситуационная задача 9. 009
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Ребёнок (девочка) от 6-й беременности, протекавшей с гестозом в 6-7 недель (лечение в стационаре), отёками голеней, анемией, многоводием, роды вторые, срочные, оперативные (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода на фоне хронической). Оценка по шкале Апгар 4/7 б. Масса тела при рождении 2900гр. Состояние в род.доме тяжёлое: гипотония, гипорефлексия. Желудочный зонд введён в желудок, получено желудочное содержимое, не кормили. Переведена в областную больницу в 1-е сутки жизни. При поступлении

		состояние тяжёлое, вялая, крик неохотный. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы, видимые слизистые розовые, чистые. В области основной фаланги V пальца правой кисти – добавочный палец на кожной ножке, в аналогичном месте левой кисти – папилломатозный вырост. Большой родничок 2,0х2,0см, не выбухает, мышечный тонус и рефлексы новорождённого значительно снижены. Дыхание самостоятельное, проводится везде, хрипов нет, ЧД-44 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум, ЧСС-126 в мин. Живот ладьевидной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стула при осмотре не было. Пуповинный остаток на скобке. Половые органы по женскому типу. Ребёнку поставлен назогастральный зонд, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи. Самостоятельного стула у ребёнка в течение 2-х суток не было. Общий ан.крови: Нв-182г/л, эр.-4,7х10 ¹² /л, ЦП-1,16, тромб.-267,9х10 ⁹ /л, Нt-51%, лейкоц.-24,7х10 ⁹ /л (п-3, с-65, л-16, м-15), СОЭ-2 мм/час, макроциты. Общ.ан.мочи-кол-во-10мл, цвет-с/ж, прозрачность-полная, отн.плотность-1006, реакция-щелочная, белок-отр., эпит.-плоский-1-2 в п/зр., лейкоц.-ед. Общий белок крови-44,1г/л, калий-4,5ммоль/л, натрий-139 ммоль/л, билирубин-29,6мкмоль/л (прямой-0), АсАТ-0,41 мккат/л, АлАТ-0,12 мккат/л, мочевины-4,1ммоль/л, креатинин – 0,097 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врождённая высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-п-кишки).
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Беременностьотягощена, 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.
B	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.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки в течение 2-х дней и купирования явлений эксикоза выполнить лапаротомию (лапароскопию), дуоденoduоденоанастомоз.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		Ситуационная задача 10. 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		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 x 10 ⁹ /л, лейкоциты 16,3 x 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, К ⁺ 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		Беременность отягощена. После рождения через 8 часов нарасла одышка, появились цианоз кожных покровов, ослабленное дыхание слева. Одышка с участием вспомогательной дыхательной мускулатуры, ЧД 60 в мин. Слева дыхание не выслушивается, выслушивается перистальтика кишечника, сердце смещено вправо.
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.

4.3 Вопросы для собеседования для оценки компетенции ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5.

1. Острый аппендицит. Этиология, особенности патогенеза, клиники, диагностики у детей до 3 лет. Дифференциальная диагностика. Лечение.

2. Пиелонефрит, цистит. Баланопостит. Фимоз. Парафимоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

3. Пилоростеноз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

4. Особенности онкологии детского возраста. Организация онкологической помощи детям. Методы диагностики. Принципы лечения.

5. Опухоли забрюшинного пространства и почек у детей. Клиника. Диагностика. Лечение.

6. Лимфаденопатии. Тактика педиатра.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1 Перечень тестовых задания к зачету и других материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тестовые задания.

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Детская хирургия и онкология»

Тестовые задания с вариантами ответов	Код компетенции (согласно РПД)
1. Для остро возникшей водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является: А. появление припухлости в одной половине мошонки*; Б. ухудшение общего состояния; В. подъем температуры; Г. резкая болезненность; Д. гиперемия мошонки. 2. В дифференциально-диагностический ряд острого холецистита не входят: А. острый аппендицит; Б. острый панкреатит;	ОПК-4, ОПК-5, ПК-3, ПК-4, ПК-5.

В. киста общего желчного протока;
Г. киста поджелудочной железы;
Д. ущемленная паховая грыжа*.

3. Внутреннее кровотечение. Подозрение на разрыв селезёнки.

Рекомендуется:

А. лапароцентез;
Б. лапароскопия*;
В. установка дренажа брюшной полости;
Г. лапаротомия;
Д. наблюдение, консервативная терапия.

4. У ребёнка странгуляционная непроходимость. Необходимо:

А. проведение консервативных мероприятий;
Б. наблюдение;
В. дача бария, консервативные мероприятия в течение 3-6 ч.;
Г. срочная операция;
Д. операция после предоперационной подготовки*.

5. Регресс воспалительного процесса при остром аппендиците:

А. невозможен*;
Б. возможен при начальной стадии воспаления;
В. возможен при флегмонозном аппендиците;
Г. возможен при гангренозном аппендиците;
Д. возможен даже при перфоративном аппендиците.

6. У ребёнка 8 мес. клиника инвагинации. Оптимальный метод обследования:

А. ирригография с воздухом*;
Б. ирригография с бариевой взвесью;
В. осмотр живота под наркозом;
Г. лапароскопия;
Д. колоноскопия.

7. Больной острым аппендицитом в постели занимает положение:

А. на спине
Б. на животе
В. на правом боку с приведёнными ногами*
Г. на левом боку
Д. сидя.

8. В начальном периоде инвагинации лечение начинают с:

А. расправления воздухом под рентгенологическим контролем*;
Б. пальпаторного расправления под наркозом;
В. расправления под контролем лапароскопа;
Г. расправления под контролем колоноскопа;
Д. оперативного лечения.

9. Наиболее характерными изменениями картины крови при аппендиците является: А. умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево*; Б. гиперлейкоцитоз; В. лейкопения ; Г. отсутствие изменений; Д. ускоренное СОЭ. 10. У ребенка 8 мес. однократная рвота. Приступообразные боли в животе. При пальпации определяется округлой формы образование в правой подвздошной области. При ректальном исследовании выявлено обильное кровотечение. Давность заболевания 10 часов. Наиболее вероятный диагноз: А. острый аппендицит; Б. инвагинация кишечника*; В. аппендикулярный инфильтрат; Г. кишечная инфекция; Д. опухоль брюшной полости. 11. Достоверным методом исследования в дифференциальной диагностике камня мочевого пузыря является: А. нисходящая цистография; Б. обзорная рентгенография; В. пневмоцистография; Г. цистоскопия*; Д. урофлоуметрия 12. Основной метод диагностики травмы мочевого пузыря у детей: А. экскреторная урография Б. цистоскопия В. цистография* Г. катетеризация мочевого пузыря Д. хромоцистоскопия 13. При анурии у детей противопоказана : А. обзорная рентгенография органов мочевой системы; Б. экстреторная урография*; В. цистоуретрография; Г. ретроградная пиелография; Д. цистоскопия. 14. Из перечисленных аномалий почек к аномалиям структуры относится: А. Гомолатеральная дистопия Б. Поликистоз почек* В. Подковообразная почка Г. Удвоение верхних мочевых путей Д. S-образная почка	
--	--

15. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей : А. перемежающийся гидронефроз*; Б. пузырно-мочеточниковый рефлюкс; В. гипоплазия почки; Г. удвоение верхних мочевых путей; Д. поликистоз. 16. Фармакодинамическая проба (УЗИ или в\в урография с лазерной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: А. сморщивание или гипоплазия почки; Б. новообразование или киста почки; В. ОРВИ или апостематоз почки; Г. пиелозктазия или гидронефроз*; Д. ПМР или нейрогенный мочевой пузырь. 17. Скрытым половым членом считают : А. половой член нормальных возрастных размеров погруженный в окружающие ткани лонной области и мошонки*; Б. половой член с недоразвитыми кавернозными телами; В. половой член с гипертрофированной крайней плотью; Г. половой член малых размеров; Д. микрофаллус с дисгенезией гонад. 18. Какое из перечисленных положений, относящиеся к проблеме лечения крипторхизма трудно назвать справедливым: А. основное осложнение крипторхизма - гипогенитализм и бесплодие; Б. крипторхизм - системное заболевание, одним из внешних проявлений которого является неопущение яичек; В. аутоиммунная агрессия является одним из пусковых механизмов дегенеративных изменений в яичках; Г. лечение крипторхизма начинают с 6-месячного возраста; Д. лечение крипторхизма начинают с 6-летнего возраста*. 19. Наиболее частой причиной возникновения острых заболеваний яичек у детей является : А. неспецифическая инфекция; Б. механические факторы*; В. специфическая инфекция; Г. нарушение обменных процессов; Д. диспропорция развития тканевых структур детского организма. 20. Назовите вариант несуществующей формы эктопии яичка при крипторхизме: А. пениальной; Б. бедренной; В. промежностной; Г. перекрестной; Д. пупочной*.	
--	--

21. Из перечисленных наиболее достоверным признаком пилоростеноза является:

- А. симптом "песочных часов"
- Б. вздутие эпигастрия после кормления
- В. пальпация увеличенного привратника*
- Г. гипотрофия
- Д. олигурия.

22. Для всех перечисленных заболеваний ведущим является синдромом срыгивания, за исключением:

- А. грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- Б. постгипоксической энцефалопатии
- В. халазии
- Г. пилоростеноза
- Д. пневмонии*.

23. К клиническим признакам полной высокой кишечной непроходимости относятся все симптомы, исключая:

- А. частую рвоту с примесью желчи
- Б. рвоту без примеси желчи
- В. частое мочеиспускание*
- Г. запавший живот
- Д. аспирационный синдром.

24. Наличие "немой" зоны на обзорной рентгенограмме брюшной полости новорожденного с рвотой подтверждает диагноз:

- А. атрезии пищевода
- Б. атрезии тонкой кишки*
- В. острой формы болезни Гиршпрунга
- Г. кольцевидной поджелудочной железы
- Д. незавершенного поворота средней кишки.

25. Достоверным рентгенологическим признаком прикрытой перфорации у новорожденного с язвенно-некротическим энтероколитом является:

- А. множественные разнокалиберные уровни жидкости
- Б. повышенное газонаполнение кишечной трубки
- В. симптом "мыльной пены"*
- Г. утолщение стенки кишечных петель
- Д. жидкость в брюшной полости.

26. 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*.

27. У новорожденного ребенка при перкуссии определяется тупость над правой половиной грудной клетки, отсутствие дыхания справа, полное смещение органов средостения вправо. При бронхоскопии отсутствие правого главного бронха. Наиболее вероятный диагноз:

- А. гипоплазия легкого;
- Б. аплазия легкого;
- В. агенезия легкого*;
- Г. ателектаз;
- Д. буллы.

28. При антенатальном ультразвуковом исследовании плода нельзя выявить:

- А. гидронефротическую трансформацию почек;
- Б. врожденную кишечную непроходимость;
- В. врожденный трахео-пищеводный свищ*;
- Г. гастрошизис;
- Д. врожденный порок сердца.

29. Исследование больного по Вангенстину при атрезии анального канала и прямой кишки становится достоверным в срок:

- А. 3 часа после рождения;
- Б. 6 часов после рождения;
- В. 16 часов после рождения*;
- Г. 24 часа после рождения;
- Д. 32 часа после рождения.

30. Укажите у ребёнка с атрезией пищевода клинический симптом, исключающий наличие нижнего трахео-пищеводного свища:

- А. цианоз;
- Б. одышка;
- В. запавший живот*;
- Г. пенистые выделения изо рта;
- Д. хрипы при аускультации легких.

31. Наиболее опасным осложнением гемангиом является:

- А. Изъязвление
- Б. Кровотечение*
- В. Воспаление окружающих тканей
- Г. Нагноение
- Д. Асимметрия лица

32. Тератомы наиболее часто локализуются:

- А. В яичнике
- Б. В средостении
- В. В грудной полости
- Г. В крестцово-копчиковой области*
- Д. В головном мозге

33. Для кистозной лимфангиомы характерно: А.Болезненность Б.Быстрый рост В.Истончение кожи над образованием* Г.Гиперемия окружающей ткани Д.Самопроизвольное рассасывание 34. При операции по поводу дермоидных кист производят: А.Пункцию кисты Б.Иссечение кисты в пределах здоровых тканей* В.Удаление регионарных лимфоузлов Г.Фистулографию Д.Удаляют содержимое кисты, оставляя капсулу 35.Для невуса характерны: А.Быстрый рост Б.Быстрое озлокачествление В.Постепенное увеличение соответственно росту ребенка* Г.Сдавление при росте внутренних органов Д.Кровотечение 36. Отличительной особенностью гемангиом является: А.Болезненность при пальпации Б.Наличие воспаления в окружающих тканях В.Переход одной формы гемангиомы в другую Г.Уменьшение в размерах и побледнение при надавливании* Д.Локализация опухоли на туловище 37.При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность: А.Кровотечения Б.Воспаления В.Сдавления пищевода и трахеи* Г.Злокачественного перерождения опухоли Д.Нагноения 38. Хирургическое лечение лимфангиом осуществляют путем: А.Прошивания лимфатических сосудов Б.Иссечения опухоли в пределах здоровых тканей* В.Иссечения поверхностно лежащего участка опухоли Г.Прошивания кист лимфангиомы Д.Интраоперационного удаления жидкого содержимого 39. По этиологии гемангиоме следует относить: А.К порокам развития мягких тканей Б.К доброкачественным опухолям мягких тканей* В.К порокам развития сосудов Г.К мезенхимальным опухолям	
--	--

Д.К злокачественным новообразованиям

40. Наиболее опасным осложнением лимфангиомы является:

- А. Воспаление*
- Б. Сдавление трахеи
- В. Кровотечение
- Г. Изъязвление
- Д. Озлокачествление

41. α -фетопротеин специфический маркер крови при:

- А) нейробластоме
- Б) мезотелиоме
- В) тератобластоме*
- Г) лимфангиоме

42. Опухоли, излюбленной локализацией которых является заднее средостение:

- А) тимома;
- Б) лимфома;
- В) тератома;
- Г) нейробластома*

43. Допустимыми сроками наблюдения ребенка с тератомой крестцово-копчиковой области является:

- А. 6-8 мес;*
- Б. 1 год;
- В. 2 года;
- Г. 3 года;
- Д. в зависимости от роста и размеров образования.

44. Укажите не характерную для отделения хирургии новорождённых группу заболеваний:

- А. пороки развития;
- Б. гнойно-воспалительные заболевания;
- В. злокачественные опухоли*;
- Г. сосудистые дисплазии;
- Д. родовая травма

45. Из перечисленных признаков характерны для меланомы:

- А. Быстрый рост
- Б. Появление «дочерних» невусов
- В. Изменение окраски*
- Г. Безболезненность
- Д. Изъязвление

46. Источником роста нейрогенных опухолей являются: А. симпатические ганглии*; Б. белое вещество мозга; В. оболочки периферических нервов; Г. мозговое вещество надпочечников. 47. При злокачественных опухолях печени у детей характерны: А. резкая боль в правом подреберье; Б. высокий титр α-фетопротейна*; В. Повышение экскреции катехоламинов с мочой; Г. повышение концентрации билирубина сыворотки крови; Д. повышение активности трансаминаз сыворотки крови; Е. резкое снижение белково-синтетической функции печени. 48. Наличие единичного субплеврального метастаза в правом легком после проведения комплексного лечения остеогенной саркомы является показанием для: А) продолжения химиотерапии несмотря на токсическую цитопению; Б) завершение терапии; В) торакоскопическое удаление субплеврального метастаза с гистологическим исследованием*; 49. Бронхогенные кисты средостения чаще всего локализуются: А. в верхнем отделе центрального средостения*; Б. в нижнем отделе центрального средостения; В. в заднем средостении; Г. в нижнем отделе переднего средостения; Д. в верхнем отделе переднего средостения 50. Для опухоли Вильмса характерны: А. Макрогематурия Б. Пальпируемое образование в брюшной полости* В. Волнообразная лихорадка Г. Потеря веса Д. Увеличение живота 52. Хирургическая тактика при лимфопролиферативном процессе с изолированным поражением внутригрудных лимфоузлов: А) торакотомия с удалением всей опухолевой массы; Б) торакоскопия с удалением всей опухолевой массы;	
---	--

В) торакоскопия с удалением одного из пораженных лимфоузлов, костномозговые пункции гребней подвздошных костей*

52. Для шейного лимфаденита характерны:

- А. смещаемость при глотании;
- Б. срединное расположение;
- В. мягкая консистенция;
- Г. отсутствие боли при пальпации;
- Д. наличие входных ворот инфекции и болезненность *

53. Среди пороков развития и заболеваний грудной полости наиболее частой причиной асфиктического синдрома, требующего хирургической коррекции является:

- А. лобарная эмфизема
- Б. деструктивная пневмония
- В. ложная диафрагмальная грыжа*
- Г. врожденные ателектазы
- Д. опухоль средостения.

55. Выберите окончательный метод диагностики для верификации лимфом:

- А. эндоскопический
- Б. иммуногистохимический*
- В. рентгенологический
- Г. цитологический

55. Лимфогранулематоз у детей характеризуется

- А. быстрым течением с частой генерализацией*
- Б. таким же темпом течения, как у взрослых
- В. медленным течением
- Г. редко генерализованный

56. При лимфогранулематозе у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается:

- А. крайне редко
- Б. часто*
- В. никогда не встречается
- Г. редко

57. Основным критерием для установи диагноза лимфогранулематоз является:

- А. оперделение СОЭ
- Б. УЗИ брюшной полости
- В. морфологическое подтверждение диагноза*
- Г. рентгенография грудной клетки

58. При лимфогранулематозе у детей наиболее часто поражаются:

А. шейные лимфоузлы* Б. лимфоузлы средостения В. забрюшинные и паховые лимфоузлы Г. локтевые лимфоузлы 59. Что обязательно выполняют при подозрении на поражение костного мозга при лимфоме Ходжкина А. рентгенографию костей Б. трепанобиопсию подвздошной кости* В. позитронную эмиссионную томографию Г. МРТ костей 60. При лимфосаркоме наиболее часто у детей поражается следующий отдел желудочно-кишечного тракта: А. прямая и сигмовидная кишка Б. восходящий отдел ободочной кишки В. илеоцекальный угол Г. желудок Д. тонкий кишечник.	
---	--

6. Критерии и оценивания знаний обучающихся

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 незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продemonстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные 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»

Разработчики:

Киреева Наденжда Борисовна, профессор кафедры детской хирургии, д.м.н., доцент.

Дата «_____» _____ 2023 г.