

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**  
**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 4**

Специальность 31.08.16 Детская хирургия  
*код, наименование*

Кафедра: детской хирургии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2021

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 4» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая ) практика 4». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая ) практика 4 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

### 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 практики	Оценочные средства
ПК-1	Текущий	Раздел 1. Приём пациентов в специализированных кабинетах	Кейс-задание
ПК-1	Промежуточный	Раздел 1. Приём пациентов в специализированных кабинетах	Кейс-задание

### 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс-заданий.

#### 4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: ПК-1

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	В/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
...		
И	-	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>

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 30 минут до операции вводится антибиотик- цефотаксим 1гр.
P2	-	Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1	-	Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0	-	Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
В	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.
В	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.
Н	-	002
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Девочка 5 лет в последние 2 года часто болеет простудными заболеваниями. С раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания. В анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. Направлена на консультацию к детскому урологу. При УЗИ – подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Вторичный хронический пиелонефрит.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью: предположен пиелонефрит
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Диагноз пузырно-мочеточникового рефлюкса установлен на основании: -анамнеза — с раннего возраста жалобы на недержание мочи, частые мочеиспускания, в анализах мочи - постоянная лейкоцитурия. Проводимая консервативная терапия уросептиками на протяжении длительного периода эффекта не имела. - жалоб больного на недержание мочи, частые мочеиспускания; - данных объективного исследования — на момент осмотра живот

		мягкий, безболезненный, симптом поколачивания поясничной области отрицательный. -лабораторных данных - в анализе мочи- лейкоцитурия, по данным УЗИ почек- подозрение на ПМР, признаки рефлюкс-нефропатии правой почки.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
V	3	Какие мероприятия необходимы в данном случае?
Э		Необходима госпитализация с проведением рентгеноурологического обследования (внутривенной урографии, цистографии), исследованием биохимической активности процесса (кровь на мочевины, креатинин), мочи по Нечипоренко, бактериологическим посевом мочи и определением тактики лечения в зависимости от результатов.
P2		Ответ верный. Все мероприятия указаны верно.
P1		Ответ неполный. Не полностью указаны необходимые исследования.
P0		Ответ неверный. План обследования определен неверно.
V	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.
V	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациентки.
Э		При подтверждении диагноза ПМР проводят эндоскопическое (оперативное) лечение ПМР с последующим контролем эффективности через 6 мес. (контрольная цистография).
P2		Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1		Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0		Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
H		003
Ф	V/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	V/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>

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, у девочек 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 30 минут до операции вводится антибиотик-цефотаксим 1гр.
P2		Ответ верный. Все экстренные мероприятия указаны верно, правильно указаны дозировки лекарственных средств
P1		Ответ неполный. Не все группы препаратов перечислены или неверно указана их дозировка.
P0		Ответ неверный. Лекарственные средства выбраны неверно.
V	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.
H		
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		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.
V	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.
Н		
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
Ф		

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
У		<p>Ребёнок (девочка) от 6-й беременности, протекавшей с гестозом в 6-7 недель (лечение в стационаре), отёками голеней, анемией, многоводием, роды вторые, срочные, оперативные (преждевременная отслойка плаценты, острая гипоксия плода на фоне хронической). Оценка по шкале Апгар 4/7 б. Масса тела при рождении 2900гр. Состояние в род.доме тяжёлое: гипотония, гипорефлексия. Желудочный зонд введён в желудок, получено желудочное содержимое, не кормили. Переведена в областную больницу в 1-е сутки жизни. При поступлении состояние тяжёлое, вялая, крик неохотный. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы, видимые слизистые розовые, чистые. В области основной фаланги V пальца правой кисти – добавочный палец на кожной ножке, в аналогичном месте левой кисти – папилломатозный вырост. Большой родничок 2,0x2,0см, не выбухает, мышечный тонус и рефлексы новорождённого значительно снижены. Дыхание самостоятельное, проводится везде, хрипов нет, ЧД-44 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум, ЧСС-126 в мин. Живот ладьевидной формы, мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не увеличена. Стула при осмотре не было. Пуповинный остаток на скобке. Половые органы по женскому типу. Ребёнку поставлен назогастральный зонд, в динамике отмечено нарастание объёма содержимого с примесью желчи. Самостоятельного стула у ребёнка в течение 2-х суток не было. Общий ан.крови: Нв-182г/л, эр.-<math>4,7 \times 10^{12}/л</math>, ЦП-1,16, тромб.-<math>267,9 \times 10^9/л</math>, Нт-51%, лейкоц.-<math>24,7 \times 10^9/л</math> (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-29,6ммоль/л (прямой-0), АсАТ-0,41 мккат/л, АлАТ-0,12 мккат/л, мочевины-4,1ммоль/л, креатинин – 0,097 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врождённая высокая кишечная непроходимость (атрезия 12-п-кишки).
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		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.
Р2		Диагноз обоснован верно.
Р1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
Р0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.

В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с 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 объема содержимого с примесью желчи.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить обзорную рентгенографию брюшной полости, по показаниям рентгеноконтрастное исследование с использованием водорастворимого контраста верографина (2 уровня жидкости). Также провести УЗИ органов брюшной полости (симптом «bubble double»). Выполнить УЗИ почек, ЭхоКГ, чтобы исключить сопутствующую патологию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационной подготовки в течение 2-х дней и купирования явлений эксикоза выполнить лапаротомию (лапароскопию), дуоденодуоденоанастомоз.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<b>Больной В., 2г.</b> <b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от второй беременности, первых срочных родов. Рос и развивался по возрасту. Прививки по календарю. <b>Анамнез заболевания:</b> с рождения отмечается патология полового члена. <b>Status localis:</b> половой член имеет крючкообразную деформацию, вентральный наклон головки полового члена на 40°, кавернозные тела плохо развиты, дряблые. Наружное отверстие уретры открывается в члено-мошоночном углу. Крайняя плоть расположена в виде «фартука» по дорсальной поверхности. На

		<p>вентральной поверхности кожа дисплазирована, имеется выраженная хорда. Меатус сужен. Мочится сидя с разбрызгиванием струи мочи, тонкой струей.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв 129 г/л, эритроциты <math>3,9 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>382,2 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>5,4 \times 10^9/л</math>, с/я 46%, эозинофилы 1%, лимфоциты 52%, моноциты 1%, СОЭ 5 мм/ч.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> количество 60 мл, цвет светло-жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1027, реакция кислая, белок отриц., глюкоза отриц.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Гипоспадия, проксимальная форма (члено-мошоночная), меатостеноз.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У мальчика имеется патология полового члена с выраженным искривлением и дистопией меатуса в члено-мошоночный угол. Меатус сужен, струя мочи тонкая.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эписпадией. При эписпадии половой член подтянут к лону кверху, имеется дистопия меатуса по дорсальной поверхности.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить УЗИ почек, чтобы исключить сочетанную патологию. Также по показаниям провести уретрографию и уретроскопию, чтобы исключить наличие синуса.
<b>P2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>P1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>P0</b>		Методы обследования выбраны неверно.
<b>В</b>	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
<b>Э</b>		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение-устранить деформацию полового члена с последующей уретропластикой из кожи крайней плоти.

P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.8	Оказание медицинской помощи пациенту с урологической патологией
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больной А., 2л.</b>  <b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от первой беременности, первых срочных родов, протекавших без патологии. Масса при рождении 3420г. Оценка по шкале Апгар 8 баллов.  <b>Анамнез заболевания:</b> клиника рецидивирующего пиелонефрита отмечается с 10 мес. <b>При УЗИ почек:</b> слева расширение лоханки и мочеточника до 25 мм. Справа расширение лоханки до 8 мм и мочеточника до 6мм. Контуры лоханок утолщены до 2-3 мм. Чашечки слева расширены до 10 мм. Эхоструктура паренхимы левой почки визуализируется неотчётливо, корковый слой истончён.  <b>Общий анализ крови:</b> Hb 103 г/л, эритроциты <math>3,3 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,92, лейкоциты <math>5,9 \times 10^9/л</math>, СОЭ 32 мм/ч.  <b>Общий анализ мочи:</b> количество 10 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1020, реакция кислая, белок отриц., лейкоциты 0-1 в поле зрения.  <b>Анализ мочи по Нечипоренко:</b> без патологии.  <b>Биохимический анализ крови:</b> мочевина 6,9 ммоль/л, креатинин 0,04 мкмоль/л, электролиты и белки крови – без патологии.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		2-х-сторонний уретерогидронефроз. Вторичный хронический пиелонефрит, рецидивирующее течение, ремиссия, ХПН.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У мальчика имеется патология почек: 2-х-сторонний уретерогидронефроз по данным УЗИ с истончением паренхимы слева, в анализе крови ускорение СОЭ, повышены уровни мочевины и креатинина крови.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с простым гидронефрозом (при этом не расширены мочеточники) и с ПМР

		(необходимо выполнить цистографию).
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить цистографию (исключить ПМР). Также провести доплерографию почек, по показаниям-уретроцистоскопию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		После предоперационного обследования необходимо выполнить оперативное лечение- при нерефлексирующем уретерогидронефрозе и сохранении функции почек- стентирование мочеточника или уретероцистостомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><u>Анамнез жизни:</u> Ребёнок от 5-й беременности с угрозой прерывания первой и второй половины, гестозом, прибавкой в весе 20 кг; первых срочных родов. Роды оперативные (внутриутробная гипоксия). Вес при рождении 3800 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. В родильном доме желтуха средней степени. Выписан на 9 сутки. На искусственном вскармливании. С рождения срыгивал. Прибавка веса за 1й месяц 1 кг.</p> <p><u>Анамнез заболевания:</u> Ребёнок с рождения срыгивал. С месячного возраста появились частые срыгивания, затем рвота фонтаном створоженным молоком через 2-3 часа. Появились жалобы на редкие мочеиспускания, малую прибавку в массе тела (за последние 2 недели прибавка веса 300 г.).</p> <p>Состояние ребёнка тяжёлое. Ребёнок вялый, изо рта подтекает светлая слизь. Кожные покровы чистые, бледно-розовые, мраморные на туловище, сухие. Видимые слизистые чистые, розовые, суховатые. Большой родничок 2*2 см, не выбухает. Мышечный тонус снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет, ЧД = 40 в минуту. Тоны сердца чистые, ясные, ритмичные, ЧСС = 144 в минуту. Живот мягкий, подвздут. Печень у края рёберной дуги. Селезёнка не</p>

		увеличена. Перистальтика оживлена. Стул скудный, кашицеобразный. Диурез снижен. ОАК Нб – 136 г/л; Ег - $4,13 \cdot 10^{12}$ /л; Ц. пок. – 0,98; Нт – 38%; Тг – $307,5 \cdot 10^9$ /л; Le – $12,4 \cdot 10^9$ /л; п/я- 1; с/я- 36; э -4; Лимф – 39; м – 20. ОАМ кол-во – 2 мл; цвет – желтый; прозрачность – мутная; относит. плотность – 1020; р-я – нейтральная; белок – 0,816 г/л. Эпителий: плоский – ед. в п/з; переходный – 2-3 в п/з; Le – 45-50 в п/з. Ег – неизменённые 10-12 в п/з, изменённые 2-4 в п/з. Дрожжеподобные клетки в умеренном количестве. Бактерии +++. Биохимический анализ крови Общ. белок – 61,5 г/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 13,7 ммоль/л; АсАТ – 0,31 мккат/л; АлАТ – 0,28 мккат/л; мочевины – 4,7 ммоль/л; креатинин – 0,056 ммоль/л.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Пилоростеноз.
Р2		Диагноз поставлен верно.
Р1		Диагноз поставлен неполностью.
Р0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеются срыгивания, рвота «фонтаном» створоженным молоком с месячного возраста, малая прибавка веса, редкие мочеиспускания, скудный стул.
Р2		Диагноз обоснован верно.
Р1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
Р0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пилороспазмом. При пилороспазме срыгивания с рождения, небольшим количеством молока, нет рвоты «фонтаном», прибавка в весе достаточная. Необходимо выполнить пальпацию живота (определяется утолщенный привратник, симптом «песочных часов»), ФГС, УЗИ брюшной полости.
Р2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
Р1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
Р0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить ФГС, УЗИ брюшной полости, по показаниям – рентгеноконтрастное исследование. Также взять анализ крови на электролиты (потери калия и натрия со рвотой).
Р2		Методы обследования выбраны верно.
Р1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
Р0		Методы обследования выбраны неверно.

<b>В</b>	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
<b>Э</b>		После предоперационного обследования и подготовки (инфузионная терапия, дробное энтеральное питание по 10 мл сцеженного молока) в течение 1-2-х дней необходимо выполнить оперативное лечение- открытую или лапароскопическую пилотомию.
<b>P2</b>		Тактика лечения определена полностью.
<b>P1</b>		Тактика лечения определена неполностью.
<b>P0</b>		Тактика лечения не определена.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс- заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс- задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 4» для оценки компетенции ПК-1:

<b>Вид</b>	<b>Код</b>	<b>Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса</b>
<b>Н</b>		001
<b>Ф</b>	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
<b>Ф</b>	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
<b>Ф</b>		
<b>И</b>		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>		<p>Больной Э., 2г.  <u>Анамнез жизни:</u>  Ребенок от 4 беременности, 4 родов на 30 неделе с весом 1350 г, длиной – 40 см. ППЦНС, выраженная задержка психомоторного развития (начал ходить с 1 г 7 мес). Искусственное вскармливание с рождения.  Осматривался невропатологом, установлен Ds: Левосторонний смешанный нижний монопарез на резидуальном фоне. В связи с видимыми нарушениями левой стопы направлен к хирургу.  При осмотре самочувствие неплохое. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный.  Status localis: На наружном крае левой стопы натоптыш. Имеется подошвенное сгибание стопы в голеностопном суставе, поворот подошвенной поверхности кнутри с опусканием наружного края стопы главным образом предплюсны и плюсны, и приведение стопы в переднем отделе при одновременном увеличении свода стопы.  ОАК: Hb 130 г/л, Эр 4,0 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 284, ЦП 0,97, Лей 4,9 x 10<sup>9</sup>/л, с/я 24%, э 3%, л 70%, м 3%, СОЭ 7.  ОАМ: бесцветная, полная прозрачность, рН – нейтральная, плотность – 1005, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/з, лей – 0-1 в п/з.</p>

В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Врождённая косолапость слева.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		Ребёнок поздно начал ходить, неврологом установлен монопарез левой нижней конечности, лечение без эффекта. При осмотре имеются локальные признаки врождённой косолапости: подошвенное сгибание+поворот кнутри+приведение+полая стопа.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с монопарезом в результате неврологических нарушений. При настоящем заболевании сочетание местных признаков подтверждает врождённую косолапость.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию левой стопы (варусно-эквинусная деформация левой стопы), провести ЭМГ малоберцового нерва.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		Учитывая возраст пациента, назначение детским ортопедом в стационаре– оперативного лечения. При начале лечения сразу после рождения было бы возможно консервативное лечение: специальное бинтование с выведением стопы в правильную позицию, использование гипсового сапожка.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		

Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p><b>Больная Т., 15 лет.</b>  <b>Анамнез жизни:</b> ребёнок от третьей беременности, первых срочных родов. Росла и развивалась соответственно возрасту. Прививки по возрасту.  <b>Анамнез заболевания:</b> у девочки с раннего возраста отмечается энурез. Лечение у невролога без особого эффекта. При УЗИ почек выявлено удвоение верхних мочевых путей справа. В связи с этим была направлена на консультацию к детскому хирургу. При осмотре состояние девочки удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. Мочеиспускание не нарушено, 4-5р.в день. Ночью «сухая». Но на трусиках имеется постоянно «мокрое пятно».  <b>Общий анализ крови:</b> Нв 141 г/л, эритроциты <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, ЦПК 0,99, тромбоциты <math>222,6 \times 10^9/л</math>, лейкоциты <math>6,7 \times 10^9/л</math>, с/я 54%, эозинофилы 11%, базофилы 1%, лимфоциты 32%, моноциты 2%, СОЭ 4 мм/ч.  <b>Общий анализ мочи:</b> количество 100 мл, цвет жёлтый, прозрачность – полная, относительная плотность 1015, реакция кислая, белок – отриц., эпителий: плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения, эритроциты изменённые 0-1 в поле зрения, слизь – умеренное количество.  <b>Анализ мочи по Нечипоренко:</b> лейкоциты – 750 в мл., эритроциты 250 в мл.  <b>Протеинограмма:</b> общий белок 71,3 г/л, альбумины 57,9%, глобулины: <b>a</b><sub>1</sub>-3,1%, <b>a</b><sub>2</sub>-9,5%, <b>b</b>-13,7%, <b>g</b>-15,8%. Креатинин крови 0,045 ммоль/л.  <b>Электролиты крови:</b> K<sup>+</sup> 4,8 ммоль/л, Na<sup>+</sup> 145 ммоль/л, Ca<sup>2+</sup> 2,34 ммоль/л, хлориды 102,1 ммоль/л, мочевины 2,66 ммоль/л.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Полное удвоение мочевых путей справа. Внепузырная эктопия устья мочеточника удвоенной почки справа. Ложное недержание мочи.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У девочки имеется симптом «мокрого пятна», лечение без эффекта, по данным УЗИ – удвоение мочевых путей.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?

Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с энурезом, нейрогенным гиперрефлекторным мочевым пузырём. Ритм мочеиспусканий соответствует норме. Нет императивных позывов, нет неудержания мочи при императивных позывах – кашле, чихании, физическом напряжении. Таким образом, нет данных за нейрогенный мочевого пузырь. У девочки нет ночного недержания мочи, в то же время лечение энуреза неэффективно.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить внутривенную урографию, чтобы подтвердить удвоение верхних мочевых путей. Провести пробу с «синькой» (раствором индигокармина) для подтверждения внепузырной эктопии устья мочеточника удвоенной почки. Также произвести запись ритма спонтанных мочеиспусканий, урофлоуметрию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае необходимо оперативное лечение: при сохранении функции верхнего сегмента почки- межмочеточниковый анастомоз, при утере- верхнюю геминефрэктомию.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф	В/04.8	Оказание медицинской помощи пациенту в неотложной или экстренной формах
Н		
Ф	А/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластичное болезненное

		образование размером 6x4 см. Оба яичка в мошонке. Тошноты, рвоты не было.
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Ущемлённая паховая грыжа слева.
<b>Р2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>Р1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>Р0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с чёткими контурами эластическое болезненное образование, при этом яички в мошонке. Образование появилось остро, 5 часов назад, ребёнок беспокоится, жалуется на боли в животе.
<b>Р2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>Р1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>Р0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с остро развившейся кистой семенного канатика, при которой нет абдоминального болевого синдрома, киста смещается при потягивании за семенной канатик, при диафаноскопии определяется жидкостное содержимое, пальпируется свободное паховое кольцо. Также необходимо проводить дифференциальную диагностику с паховым лимфаденитом, при котором имеется более длинный анамнез, местные воспалительные изменения.
<b>Р2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>Р1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>Р0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		При осмотре следует пропальпировать паховое кольцо (при ущемлённой грыже оно чётко не определяется), провести диафаноскопию. Взять общий анализ крови, геморрагический комплекс, группу крови и резус-фактор.
<b>Р2</b>		Методы обследования выбраны верно.
<b>Р1</b>		Не все необходимые методы обследования выбраны.
<b>Р0</b>		Методы обследования выбраны неверно.
<b>В</b>	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
<b>Э</b>		В данном случае в связи с малым сроком ущемления необходимо ввести спазмолитики, местно положить тепло, успокоить ребёнка. При отсутствии эффекта экстренное оперативное лечение: грыжесечение с ревизией содержимого грыжевого мешка.

P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		
Ф	В/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		<p>Больной Е., 15л.  Ребенок от 1 беременности, срочных родов, с весом 2300 г.  <u>Анамнез заболевания:</u>  2 года назад оперирован в ЦРБ по поводу флегмонозного аппендицита. В послеоперационном периоде обнаружена лейкоцитурия, отмечались боли в поясничной области справа. Выполнено УЗИ почек, обнаружено расширение полостной системы правой почки и мочеточника. После выписки из стационара поступил на урологическое обследование.</p> <p><u>При поступлении:</u>  Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Жалоб нет. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Зев не гиперемирован. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. С-м поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено, диурез адекватный.</p> <p><u>ОАК:</u> Нб 137 г/л, Эр 4,1 x 10<sup>12</sup>/л, Тр 295, ЦП 0,99, Лей 4,5 x 10<sup>9</sup>/л (с/я 60%, п/я 2%, э 2%, л 33%, м 3%), СОЭ 15.</p> <p><u>ОАМ:</u> светло-желтая, полная прозрачность, рН – кислая, плотность – 1019, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лейкоц. – 0-1 в п/зр.</p> <p><u>УЗИ почек:</u> правая почка значительно уменьшена в размерах, члк-расширен, паренхима истончена до 2-3мм, мочеточник расширен до 10мм.</p> <p><u>Допплерография почек:</u> кортикальный кровоток справа регистрируется только на уровне дуговых артерий; снижение показателей объёмного кровотока справа.</p> <p><u>Внутривенная урография-</u> функция правой почки резко снижена.</p> <p><u>Цистография-</u> ПМР нет.</p>
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Нефункционирующая почка справа на фоне обструктивного уретерогидронефроза. Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение, ремиссия, ПНО.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.

В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка «случайно» после операции в связи с лейкоцитурией обнаружены изменения правой почки, имеющие необратимый характер – терминальную стадию уретерогидронефроза (паренхима резко истончена до 2-3мм, функция практически отсутствует, кортикальный кровоток только на уровне дуговых артерий).
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с рефлюксным уретерогидронефрозом. В данном случае ПМР нет, поэтому характер врождённого уретерогидронефроза неретрофлюксирующий.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.
P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить радиоизотопное исследование - статическую нефросцинтиграфию.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана нефруретерэктомия справа в плановом порядке, контроль за анализами мочи.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/02.8	Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Больной Д., 9л. <u>Анамнез жизни:</u> Ребёнок от 1 беременности, срочных родов с весом 2300 г.

		<p><u>Анамнез заболевания:</u> С рождения отмечались запоры, недержание кала. В последние 2 года недержание кала усилилось.</p> <p><u>При осмотре:</u> Состояние удовлетворительное. Самочувствие неплохое. Кожа, видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В ротоглотке спокойно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень и селезёнка не увеличены.</p> <p><u>Локальный статус:</u> промежность развита удовлетворительно, анальное отверстие расположено аномально, близко к корню мошонки, сокращается только по задней полуокружности. Отмечается недержание жидкого кала, плотного кала при нагрузке.</p> <p><u>ОАК:</u> Нб 130 г/л, Эр <math>4,0 \times 10^{12}/л</math>, Тр 284, ЦП 0,97, Лей <math>4,9 \times 10^9/л</math> (с/я 24%, э 3%, л 70%, м 3%), СОЭ 7.</p> <p><u>ОАМ:</u> бесцветная, полная прозрачность, рН – нейтральная, плотность – 1005, белок – нет, эпит. перех. – 0-1 в п/зр., лей – 0-1 в п/зр.</p>
<b>В</b>	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>		Атрезия прямой кишки с ректопромежностным свищом.
<b>P2</b>		Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>		Диагноз поставлен неполностью.
<b>P0</b>		Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>Э</b>		У ребёнка имеется нетипичное расположение ануса (близко к корню мошонки), недержание кала.
<b>P2</b>		Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
<b>P0</b>		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
<b>В</b>	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
<b>Э</b>		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с эктопией ануса. При эктопии ануса имеется го внутрисфинктерное расположение, функция заднего прохода не нарушается. У ребёнка имеется сокращение сфинктера только по задней полуокружности (сзади от свищевого отверстия), с рождения запоры, недержание кала.
<b>P2</b>		Дифференциальный диагноз проведен верно.
<b>P1</b>		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
<b>P0</b>		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
<b>В</b>	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
<b>Э</b>		Необходимо выполнить ректальный осмотр, фистулографию, УЗИ

		промежности, ЭМГ анального сфинктера.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана заднесагитальная анопроктопластика в плановом порядке.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	B/04.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Ребёнок 1,5 лет болен в течение 7 дней правосторонней пневмонией. Внезапно состояние ухудшилось. Появились одышка до 80 в минуту, цианоз, кряхтящее дыхание. Температура тела 37,5°C. Правая половина грудной клетки вздута. Перкуторно справа коробочный звук, аускультативно там же дыхание не прослушивается.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Внебольничная деструктивная пневмония, пневмоторакс справа.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка раннего возраста имеется на фоне пневмонии резкое ухудшение состояния: нарастание одышки до 80 в минуту, цианоз, затруднённое дыхание, отсутствие дыхания справа при аускультации.
P2		Диагноз обоснован верно.
P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
В	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с пиотораксом, пиопневмотораксом, однако больше данных за пневмоторакс, так как сверхострое развитие осложнения, вздутие грудной клетки справа, при перкуссии определяется коробочный звук, при аускультации отсутствие дыхания.
P2		Дифференциальный диагноз проведен верно.

P1		Дифференциальный диагноз проведен не полностью, упущена часть диагностических признаков.
P0		Дифференциальный диагноз проведен неверно, неправильно выбрана нозология.
В	4	Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?
Э		Необходимо выполнить рентгенографию грудной клетки в 2-х проекциях, УЗИ плевральных полостей.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
В	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показана экстренный торакоцентез справа. Техника торакоцентеза.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.
Н		
Ф	A/01.8	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	B/01.8	Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф		
И		<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У		Мальчик Н., 11 лет, обратился с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевидное образование, несмещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см. Температура тела нормальная. Анализ крови: НЬ 96 г/л, лейкоциты 6,5x 10 <sup>9</sup> /л, СОЭ 56 мм/ч.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э		Остеогенная саркома правой бедренной кости.
P2		Диагноз поставлен верно.
P1		Диагноз поставлен неполностью.
P0		Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э		У ребёнка имеются жалобы на боли в области коленного сустава справа на протяжении 4-х недель, преимущественно ночного характера, при пальпации определяется опухоль в проекции дистального отдела правой бедренной кости, в анализе крови анемия, ускорение СОЭ до 56 мм/час.
P2		Диагноз обоснован верно.

P1		Диагноз обоснован неполностью. Часть диагностических признаков не названа или обозначена неверно.
P0		Диагноз обоснован неверно. Диагностические критерии обозначены неверно.
B	3	С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику при данной патологии?
Э		Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым гематогенным остеомиелитом, при котором отмечаются острое начало заболевания, фебрилитет, невозможность встать на ногу, воспалительные изменения в анализе крови.
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 рентгенографию бедра и голени правой нижней конечности, рентгенографию грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, анализ крови на онкомаркеры.
P2		Методы обследования выбраны верно.
P1		Не все необходимые методы обследования выбраны.
P0		Методы обследования выбраны неверно.
B	5	Определите тактику дальнейшего ведения пациента.
Э		В данном случае показано оперативное лечение – ампутация правой нижней конечности после курса полихимиотерапии.
P2		Тактика лечения определена полностью.
P1		Тактика лечения определена неполностью.
P0		Тактика лечения не определена.

## 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»

Разработчик:

Карпова И.Ю., д.м.н., доцент, заведующий кафедрой детской хирургии