

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A
Бунькова Елена Борисовна F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина «Детская хирургия»

по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Направленность: Лечебное дело

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник

Срок обучения: 6 лет

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Детская хирургия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Общие вопросы детской хирургии	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Детская урология-андрология	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Абдоминальная хирургия	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Торакальная хирургия, травматология	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Гнойная хирургическая инфекция Зачёт	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- решение ситуационных задач;
- защита рефератов;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную

форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1: Общие вопросы детской хирургии

Инструкция. Указать правильный ответ.

1 Отсутствие газового пузыря желудка отмечается при:

- 1) атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом у нижнего отрезка пищевода;
- 2) атрезии пищевода (безсвищевая форма);
- 3) ахалазии кардии;
- 4) врожденном коротком пищеводе;
- 5) грыже пищеводного отверстия диафрагмы.

2. Бронхоскопия у детей не дает никакой дополнительной информации:

- 1) при бронхоэктазии;
- 2) при туберкулезе;
- 3) при абсцессе легкого;
- 4) при легочной секвестрации;
- 5) при агенезии легкого.

3. При выполнении торакоскопии у детей чаще всего встречается:

- 1) синдром напряжения в грудной полости;
- 2) ранение легкого инструментами;
- 3) отек легкого;
- 4) легочно-сердечная недостаточность;
- 5) все перечисленные.

4. При ирригографии у больного с болезнью Гиршпрунга после выведения зоны поражения под экраном целесообразно выполнить:

- 1) один прямой снимок;
- 2) один боковой снимок;
- 3) два - прямой и боковой;
- 4) два - прямой и косой;
- 5) три - прямой, боковой и косой.

5. При выполнении лечебно-диагностической пневмоирригографии у больного с инвагинацией кишечника в ранние сроки наиболее целесообразное число рентгеновских снимков:

- 1) один - после расправления инвагината;
- 2) два - при обнаружении инвагината и после его расправления;
- 3) три - обзорную рентгенограмму, при обнаружении инвагината и после его расправления;
- 4) четыре - обзорный снимок, при обнаружении инвагината, на этапе его расправления и после расправления;
- 5) рентгеновские снимки не производить, контроль только рентгеноскопический.

6. Центральный луч по отношению к плоскости кассеты для получения структурной рентгенограммы кости имеет:

- 1) перпендикулярное направление;
- 2) под углом 10°;
- 3) под углом 20°;
- 4) под углом 30°;
- 5) под углом 40°.

7. Назовите заболевание, при котором экскреторная урография

не помогает установить диагноз :

- 1) клапан задней уретры ;
- 2) гидронефроз ;
- 3) удвоение верхних мочевых путей ;
- 4) торакальная дистония почки ;

8. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазированной почки позволяет установить:

- 1) экскреторная урография ;
- 2) компьютерная томография ;
- 3) почечная ангиография ;
- 4) биопсия почки;
- 5) радиоизотопные исследования в динамике .

9. В случае макрогематурии показано выполнение:

- 1) ретроградную пиелографии ;
- 2) экскреторную урографии ;
- 3) цистоскопии ;
- 4) цистоуретрографии;
- 5) радиоизотопного обследования.

10. Рентгенологический феномен "белой почки" (стойкая фаза нефрограммы с резким замедлением экскреции) является результатом :

- 1) обтурации мочеточника камнем;
- 2) вторично сморщенной почки ;

- 3) острого необструктивного пиелонефрита; 5) опухоли почки.
4) травмы почки ;

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	5	2	3	3	1	1	5	4	1

Тема 2: Детская урология-андрология

Инструкция. Указать правильный ответ.

- 1. У больного 4 лет установлен диагноз "скрытый половой член". Ребенку показано:**
 - 1) наблюдение эндокринолога + гормональная терапия;
 - 2) оперативное лечение при желании родителей;
 - 3) показана фаллопластика;
 - 4) не наблюдать;
 - 5) смена паспортного пола + феминизирующая пластика.
- 2. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить**
 - 1) пневмопельвиографию;
 - 2) УЗ исследование;
 - 3) радиоизотопное сканирование с ^{90}Tc ;
 - 4) проба с ХГ;
 - 5) лапароскопию.
- 3. Положительная проба с ХГ имеет диагностическую ценность в случае:**
 - 1) одностороннего крипторхизма;
 - 2) двустороннего крипторхизма;
 - 3) ложного крипторхизма;
 - 4) анорхизма;
 - 5) монорхизма.
- 4. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают:**
 - 1) период новорожденности;
 - 2) 6 мес - 1 год;
 - 3) 2-5 лет;
 - 4) 6-9 лет;
 - 5) начиная с 10 лет.
- 5. Ребенку с крипторхизмом 5 лет доза хорионического гонадотропина должна составлять:**
 - 1) 250 МЕ;
 - 2) 500 МЕ;
 - 3) 1000 МЕ;
 - 4) 1500 МЕ;
 - 5) 2000 МЕ.
- 6. Наличие синехий (сращений между головкой и крайней плотью) считают:**
 - 1) патологическим состоянием, необходимо срочное лечение;
 - 2) вариантом нормы, лечения не показано до наступления препубертата;
 - 3) условно патологическое состояние, показано регулярное разделение синехий в плановом порядке;
 - 4) редким пороком крайней плоти;
 - 5) патологическим состоянием, требует лечения после 1 года.
- 7. При крипторхизме в форме эктопии хорионический гонадотропин назначается :**
 - 1) до операции;
 - 2) сразу после операции;
 - 3) через 2 месяца после операции;
 - 4) до операции и сразу после операции;
 - 5) лечение противопоказано.
- 8. У ребенка в возрасте 2 лет обнаружен крипторхизм в форме паховой эктопии. Ему необходимо провести оперативное лечение :**
 - 1) до 6 лет;
 - 2) до 10 лет;
 - 3) до 12 лет;
 - 4) до 16 лет;
 - 5) безотлагательно.
- 9. Какое из перечисленных положений, имеющих отношение к острым заболеваниям яичек у детей, ошибочно:**
 - 1) боль - ведущий симптом заболевания;
 - 2) гиперемия и отек мошонки возникают спустя 1-2 часа от начала заболевания;
 - 3) яичко уплотняется, увеличивается в размерах и становится болезненным при ощупывании;
 - 4) показания к хирургическому лечению возникают редко ;
 - 5) специфическое поражение яичек встречается редко.
- 4) аллергический отек мошонки**
- 5) флегмона мошонки**

10. Эхографическим признаком разрыва почки у детей является:

- 1) расширение чашечно-лоханочной системы одной из почек;
- 2) нечеткость контура поврежденной почки;
- 3) увеличение паранефральной гематомы при динамическом УЗИ в сочетании с нарушением кровотока;
- 4) эхопризнаки выпота в брюшной полости;
- 5) нечеткость рисунка исследуемой почки.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	2	2	2	3	1	5	5	4	3

Тема 3: Абдоминальная хирургия.

Инструкция. Указать правильный ответ.

1. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется:

- 1) усиление болей при расположении на левом боку;
- 2) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного;
- 3) усиление болей при поднятии выпрямленной ноги и одновременной пальпации подвздошной области;
- 4) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки;
- 5) правое яичко расположено выше левого.

2. У ребенка на операции обнаружен перфоративный аппендицит, имеется периаппендикулярный абсцесс, стенки которого спадаются. Произведена аппендэктомия. Дальнейшая тактика включает:

- 1) одномоментное введение антибиотиков;
- 2) двухпросветный дренаж;
- 3) резиновый выпускник;
- 4) промывание брюшной полости;
- 5) тампон Микулича.

3. У ребенка диагностирован холодный аппендикулярный инфильтрат. Дальнейшая тактика:

- 1) стационарное наблюдение;
- 2) амбулаторное наблюдение;
- 3) антибиотики, физиотерапия, наблюдение;
- 4) срочная операция;
- 5) операция в плановом порядке.

4. Консервативную терапию при поздней спаечной непроходимости следует проводить в течение:

- 1) 3-6 час;
- 2) 6-12 час ;
- 3) 12-24 час;
- 4) 24-48 час ;
- 5) 48-72 час.

5. Ребенок 10 лет. Оперирован год назад по поводу аппендикулярного перитонита. Жалобы на приступообразные боли в животе, рвоту, задержку стула. При поступлении ребенка в стационар обследование целесообразно начать:

- 1) с ректального пальцевого исследования ;
- 2) с ирригографии с воздухом;
- 3) с обзорной рентгенографии брюшной полости стоя;
- 4) с введения зонда в желудок;
- 5) с дачи бариевой взвеси через рот.

6. Из перечисленных специальных методов обследования позволяет решить вопрос о необходимости оперативного вмешательства при инвагинации кишечника вне зависимости от сроков заболевания:

- 1) лапароскопия;
- 2) колоноскопия;
- 3) ирригография с воздухом;
- 4) ирригография с бариевой смесью;
- 5) пальпация живота под наркозом.

7. Рациональным доступом при операции по поводу разрыва селезенки является:

- 1) срединная лапаротомия;
- 2) поперечная лапаротомия;
- 3) разрез в левом подреберье;
- 4) параректальный доступ;
- 5) трансректальный доступ.

- 8. Рациональное отношение к "попутной" аппендэктомии:**
- 1) обязательное удаление отростка;
 - 2) стремление к оставлению червеобразного отростка;
 - 3) аппендэктомия инвагинальным способом;
 - 4) удаление при атипичном расположении отростка;
 - 5) в зависимости от возраста больного.
- 9. Наиболее вероятной причиной холецистита (холелитиаз1) в детском возрасте является:**
- 1) гормональные нарушения;
 - 2) наследственность;
 - 3) пороки развития желчного пузыря;
 - 4) нарушение обменных процессов;
 - 5) хронический гепатит.
- 10. При эхинококкозе печени показаны:**
- 1) химиотерапия;
 - 2) гормональная терапия;
 - 3) оперативное вмешательство;
 - 4) рентгенотерапия;
 - 5) наблюдение в динамике.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	3	1	3	2	1	2	3	3

Тема 4: Торакальная хирургия

Инструкция. Указать правильный ответ.

- 1. При установлении диагноза "легочная секвестрация" предпочтение имеет :**
- 1) аортография;
 - 2) бронхография;
 - 3) бронхоскопия;
 - 4) ангиопульмонография;
 - 5) сканирование легких.
- 2. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является**
- 1) пункция абсцесса;
 - 2) радикальная операция;
 - 3) бронхоскопическая санация;
 - 4) дренирование плевральной полости;
 - 5) катетеризация бронха.
- 3. На бронхограмме имеются цилиндрические бронхоэктазы нижней доли правого легкого. Больному следует рекомендовать :**
- 1) оперативное лечение;
 - 2) консервативное лечение;
 - 3) длительную бронхоскопическую санацию;
 - 4) оперативное лечение временно не показано;
 - 5) санаторное лечение.
- 4. Оптимальным доступом при резекции нижней доли является:**
- 1) передний;
 - 2) переднебоковой;
 - 3) задний;
 - 4) заднебоковой;
 - 5) боковой.
- 5. При тотальной эмпиеме и ранних сроках заболевания плевры лечение предусматривает:**
- 1) пункцию плевральной полости;
 - 2) интенсивную терапию без вмешательства в очаг;
 - 3) дренирование плевральной полости по Бюлау;
 - 4) дренирование плевральной полости с активной аспирацией;
 - 5) торакоскопию с ультразвуковой санацией.
- 6. Состояние больного крайне тяжелое. Дыхание резко затруднено, втяжение уступчивых мест грудной клетки. На рентгенограмме повышение прозрачности обоих легких. В анамнезе аспирация инородного тела. Наиболее вероятный диагноз:**
- 1) инородное тело гортани;
 - 2) фиксированное инородное тело трахеи;
 - 3) инородное тело бронха;
 - 4) баллотирующее инородное тело трахеи;
 - 5) инородное тело пищевода.
- 7. Наиболее достоверные данные для подтверждения диагноза недостаточности кардиального отдела пищевода дает:**
- 1) контрастное обследование пищевода в положении стоя;
 - 2) жесткая эзофагоскопия;
 - 3) контрастное обследование пищевода в положении лежа;
 - 4) фиброэзофагоскопия;
 - 5) рН-метрия.

8. При врожденном коротком пищеводе ведущим симптомом является:

- 1) рвота;
- 2) икота;
- 3) дисфагия;
- 4) регургитация;
- 5) саливация.

9. При свежем ожоге пищевода III ст. следует отдать предпочтение :

- 1) "слепому" методу бужирования;
- 2) через эзофагоскоп;
- 3) за нитку;
- 4) ретроградному бужированию;
- 5) не бужировать.

10. Предельные сроки возможного ушивания стенки пищевода при его перфорации составляют:

- 1. 24 часа
- 2. 48 часов
- 3. 72 часа
- 4. Всегда стремиться ушивать

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	3	1	4	5	2	5	3	3	4

Тема 4: Травматология

Инструкция. Указать правильный ответ.

1. Из перечисленных заболеваний следствием дисфункции роста является:

- 1) болезнь Нотта;
- 2) юношеский эпифизеолиз;
- 3) синдактилия;
- 4) врожденная соха vara;
- 5) косолапость.

2. Показанием для реплантации крупного сегмента нижней конечности у детей является уровень проксимальнее:

- 1) коленного сустава;
- 2) уровня средней и нижней трети бедра;
- 3) уровня средней и верхней трети бедра;
- 4) тазобедренного сустава;
- 5) не имеет значения.

3. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает:

- 1) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
- 2) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией;
- 3) вытяжение по Шеде;
- 4) вытяжение по Блаунту;
- 5) лечения не требуется.

4. Для постановки правильного диагноза при вывихе плеча оптимальным обследованием является:

- 1) клиническое + рентген;
- 2) рентген + УЗИ;
- 3) УЗИ + артроскопия;
- 4) ЯМР + радиоизотопное исследование;
- 5) артропневмография.

5. Переломо-вывих Галеацци - это:

- 1) вывих головки локтевой кости на одной руке и перелом луча в верхней трети - на другой;
- 2) вывих костей предплечья в локтевом суставе и перелом локтевого отростка;
- 3) перелом луча в нижней трети и вывих головки локтевой кости на одноименной руке;
- 4) вывих кости с переломом лучевой кости в средней трети;
- 5) вывих головки луча в локтевом суставе и перелом локтевой кости в нижней трети.

6. При отрывном переломе медиального надмыщелка плечевой кости чаще всего страдает:

- 1) лучевой нерв;
- 2) локтевой нерв;
- 3) срединный нерв;
- 4) мышечно-кожный нерв;
- 5) нервы не страдают.

7. Симптом "прилипшей пятки" характерен:

- 1) для перелома крыла подвздошной кости;
- 2) для разрыва крестцово-подвздошного сочленения;
- 3) для перелома горизонтальной ветви лонной кости;
- 4) для отрыва передне-верхней ости;
- 5) для отрыва передне-нижней ости.

8. При сочетанной черепно-мозговой травме при следующей клинической картине: смещение М-эхо на 4 мм, гемипарез на стороне мидриаз - ведущим является:

- 1) внутричерепная травма;
- 2) ушиб головного мозга;
- 3) сотрясение головного мозга;
- 4) субарахноидальное кровоизлияние;
- 5) ушиб ствола головного мозга.

9. Понятие "спондилолиз" означает:

- 1) отсутствие костного сращения дужек с телом;
- 2) расщепление тел позвонков;
- 3) изменение форм позвонков (фронтальное);
- 4) изолированное смещение тел позвонков;
- 5) изменение форм позвонков (саггитальное).

10. Лечение остеогенных сарком:

- 1) высокая ампутация конечности;
- 2) резекция опухоли;
- 3) химиотерапия;
- 4) лучевая терапия и оперативное лечение;
- 5) лучевая терапия.

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	3	4	1	3	2	3	1	1	1

Тема 5: Гнойная хирургическая инфекция

Инструкция. Указать правильный ответ.

1. Наиболее частым возбудителем гнойно-воспалительных процессов у детей является:

- 1) стафилококк;
- 2) стрептококк;
- 3) кишечная палочка;
- 4) протей;
- 5) синегнойная палочка

2. Особенностью ампутации при анаэробной инфекции не является:

- 1) ампутация выше визуально определяемой зоны поражения;
- 2) операция без жгута;
- 3) отказ от ушивания культи;
- 4) рассечение фасциальных футляров;
- 5) отказ от дренирования раны.

3. Применение вторичных швов при гнойной ране не обеспечит:

- 1) Сокращение сроков заживления;
- 2) Снижение опасности госпитального инфицирования;
- 3) Уменьшение потерь с раневым отделяемым;
- 4) Улучшение косметических результатов;
- 5) Ускорение сроков смены фаз воспаления.

4. Необходимым условием для наложения вторичных швов при гнойной ране являются:

- 1) улучшение самочувствия больного;
- 2) отсутствие температуры;
- 3) нормализация лабораторных показателей;
- 4) купирование перифокального воспаления;
- 5) начало репаративной фазы.

5. У ребенка 5 месяцев, ослабленного гипотрофика, за короткий период времени отмечено появление множественных абсцессов куполообразной формы без гнойных стержней. Наиболее вероятен диагноз:

- 1) фурункулез;
- 2) псевдофурункулез;
- 3) абсцесс подкожной клетчатки;
- 4) флегмона;
- 5) рожистое воспаление.

6. При выборе антибиотика в первую очередь следует учитывать:

- 1) характер и чувствительность микрофлоры;
- 2) локализацию гнойного очага;
- 3) объем гнойного отделяемого;
- 4) характер гнойного отделяемого;
- 5) распространенность воспалительного процесса.

7. При подозрении на острый гематогенный остеомиелит при диагностической остеоперфорации получена кровь. Дальнейшие действия предусматривают:

- 1) дополнительную остеоперфорацию;
- 2) измерение внутрикостного давления;
- 3) ушивание раны;
- 4) промывание костно-мозгового канала;
- 5) дренирование раны.

8. У ребенка очаг первично-хронического остеомиелита верхней трети большеберцовой кости. Периодически обострение процесса в виде болей, повышения температуры. Ребенку необходима:

- | | |
|-----------------------------|------------------------|
| 1) срочная операция; | 4) наблюдение; |
| 2) плановая операция; | 5) антибиотикотерапия. |
| 3) диагностическая пункция; | |

9. Больному с гематогенным остеомиелитом в подостром периоде заболевания при сформированной секвестральной коробке показаны:

- | | |
|--|---|
| 1) оперативное вмешательство по Ворончихину; | 3) наблюдение; |
| 2) секвестрэктомия; | 4) курс физиотерапии; |
| | 5) внутрикостное введение антибиотиков. |

10. У больного, оперированного по поводу продолженного отграниченного перитонита, при бактериологическом исследовании из брюшной полости высеяна неидентифицированная грамм-отрицательная флора. Целесообразно назначить:

- | | |
|-----------------|---------------|
| 1) гентамицин; | 4) амикацин; |
| 2) канамицин; | 5) цефазолин. |
| 3) левомицетин; | |

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	5	5	5	2	1	1	2	2	4

2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Общие вопросы детской хирургии»

1. Особенности диспансеризации детей с хирургической патологией.
2. Организация работы детского хирургического отделения.

Тема №2 «Детская урология-андрология.»

1. Диагностика и лечение пузырно-мочеточникового рефлюкса у детей.
2. Диагности и лечение варикоцеле.

Тема №3 «Абдоминальная хирургия.»

1. Функциональные заболевания пищевода и желудка у детей (ахалазия, халазия, пилороспазм, желудочно-пищеводный рефлюкс).
2. Желчекаменная болезнь. Лапароскопическое лечение.

Тема №4 «Горакальная хирургия, травматология.»

1. Первичная хирургическая обработка ран (резанных, колотых, укушенных, огнестрельных) у детей.
2. Детский травматизм.

Тема №5 «Гнойная хирургическая инфекция.»

1. Особенности лечения парапроктитов у детей.
2. Мастит новорождённых.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема №1 «Общие вопросы детской хирургии».

Ситуационная задача №1

У новорожденного с первых минут после рождения отмечено обильное выделение изо рта и носа вспененной слюны.

1. О каком пороке развития у новорождённого следует прежде всего подумать?
2. Как его исключить или подтвердить?
3. Чем грозит несвоевременное установление диагноза и непринятие мер по его адекватному лечению?
4. По каким признакам можно заподозрить порок, если не принят во внимание указанный выше признак?
5. Каковы действия врача родильного дома по установлению диагноза порока?
6. Принципы лечения порока?

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Нужно подумать об атрезии пищевода.
2. Подтвердить или исключить его можно попыткой введения зонда в желудок.

3. Развитием и быстрым прогрессированием аспирационной пневмонии.
4. Быстрым нарастанием количества влажных хрипов в лёгких и эпизодами аспирации при попытке прикладывания ребёнка к груди.
5. Перевод ребёнка в детское хирургическое отделение. До перевода необходимо принять меры по предотвращению аспирации слюны в дыхательные пути -организовать отсасывание слюны и слизи из полости рта и глотки через каждые 15 минут, продолжать это и в период транспортировки, потому она должна осуществляться медсестрой или врачом. С ребёнком нужно направить выписку из истории родов, согласие матери на операцию и справку о рождении.
6. При поступлении в детское хирургическое отделение ребёнку проводится рентгенологическое исследование пищевода с контрастом для определения уровня атрезии и наличия трахеопищеводного свища. Проводится предоперационная подготовка, направленная на профилактику аспирации и лечение аспирационной пневмонии, парентеральное питание. Вид операции зависит от характера порока. В большинстве случаев она заключается в правосторонней экстраплевральной торакотомии, перевязке и пересечении нижнего трахеопищеводного свища, наложении прямого анастомоза между концами пищевода. При большом диастазе между ними и невозможно наложить прямой анастомоз накладывается шейная эзофагостома и гастростома. В последующем проводится пластика пищевода сегментом кишки.

Ситуационная задача №2

У ребёнка 2 недели, находящегося в детском отделении по поводу стафилококковой пневмонии, внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной полости тимпанит, ниже угла лопатки - притупление. Дыхание слева не проводится.

1. О каком осложнении пневмонии идёт речь?
2. Какие методы дополнительного исследования необходимы для его подтверждения?
3. Какие их результаты следует ожидать?
4. Транспортабелен ли ребёнок с этим осложнением из района области?
5. В чём заключается экстренная помощь?
6. Какова тактика дальнейшего лечения ребёнка?

К задаче прилагаются рентгенограммы

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Речь идёт о деструктивной пневмонии, осложнённой напряжённым пиопневмотораксом.
2. Наличие осложнения подтверждается обзорной рентгенограммой грудной клетки в 2 проекциях.
3. На ней будет виден широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, поджатое к корню лёгкое, воздух снаружи от него, смещение средостения в противоположную сторону.
4. Нетранспортабелен до оказания адекватной хирургической помощи.
5. Она заключается в проведении экстренного торакоцентеза с установлением в плевральную полость трубчатого перфорированного дренажа с подключением его к системе пассивного подводного дренирования по Бюлау.
6. В дальнейшем продолжается комплексное интенсивное лечение деструктивной пневмонии. После прекращения поступления по дренажу гноя и воздуха и расправления лёгкого по рентгенограмме дренаж пережимается, через сутки повторяется рентгенограмма - если лёгкое при этом осталось расправленным, то дренаж удаляют.

Тема №2 «Детская урология-андрология»

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать мальчика 1 месяца с жалобами на асимметрию мошонки и отсутствие левого яичка в мошонке с рождения. Ребёнок от I нормально протекающей беременности, I срочных родов, без осложнений, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Выписан из родильного дома на 4 сутки. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые, физиологической окраски. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких пуэрильное дыхание. ЧД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Мочеиспускание безболезненное. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки умень-

шена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Предложите дополнительный метод исследования для уточнения диагноза.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Крипторхизм слева. Паховая ретенция. Для уточнения диагноза показано проведение УЗИ мошонки и паховых областей.
2. Диагноз «крипторхизм слева. Паховая ретенция(задержка)» установлен на основании жалоб (асимметрия мошонки, отсутствие в мошонке левого яичка); данных анамнеза (отсутствие яичка в мошонке с рождения); данных осмотра (наружные половые органы сформированы по мужскому типу. Левая половина мошонки уменьшена в размерах. При пальпации правое яичко в мошонке, эластичное 1,2*1,0*0,9 см, безболезненное. Левое яичко в мошонке не определяется. В левой паховой области, в проекции пахового канала определяется округлое образование 1,0*1,0 см, безболезненное, смещаемое по ходу пахового канала. Кожа над образованием не изменена. Наружное паховое кольцо не расширено).
3. В неотложной помощи ребенок с неосложненной формой крипторхизма не нуждается. Но при возникновении заворота не опустившегося яичка показано экстренное оперативное вмешательство по ликвидации заворота и низведению яичка в мошонку.
4. Ребёнок с крипторхизмом наблюдается у врача-детского уролога-андролога с проведением сонографического мониторинга. Оперативное лечение — низведение яичка проводится в возрасте 2 лет в плановом порядке.
5. Наблюдение врача-детского уролога-андролога с мониторингом УЗИ 1 раз в 6 месяцев. В возрасте 2 лет выполняется оперативное лечение — низведение не опустившегося яичка в мошонку. В послеоперационном периоде наблюдение врача-детского уролога-андролога до 18 лет с проведением клинического и сонографического контроля 1 раз в год.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с жалобами на боль в левой половине мошонки у мальчика 9 лет. Родился доношенным от нормально протекавшей беременности и родов, масса тела – 3100 г, длина – 52 см. БЦЖ в роддоме. Рос и развивался по возрасту. Перенёс ветряную оспу. Аллергоанамнез спокоен. Гемотрансфузий не было. Общее состояние удовлетворительное. Кожа, слизистые чистые. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Костно-суставная система без патологических изменений. В лёгких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные ритмичные. Пульс – 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 1 см из-под края рёберной дуги, обычной консистенции, безболезненная. Селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание безболезненное. При осмотре обнаружен отёк и гиперемия левой половины мошонки. Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острое заболевание органов мошонки слева. Перекрут гидатиды Морганьи.
2. Диагноз «Острое заболевание органов мошонки слева, перекрут гидатиды Морганьи» установлен на основании жалоб: боль в левой половине мошонки; данных объективного осмотра (обнаружен отек и гиперемия левой половины мошонки). Левое яичко болезненное больше у верхнего полюса.
3. Показана операция гидатидэктомия в неотложном порядке.
4. Госпитализация в хирургическое отделение. Операция — ревизия органов мошонки, гидатидэктомия. Обезболивание ненаркотическими анальгетиками 1-2 дня, ежедневная обработка послеоперационной раны растворами антисептиков.
5. После выписки из стационара ребенок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим), освобождается от занятий физической культуры, контроль общего анализа крови.

Тема №3 «Абдоминальная хирургия»

Ситуационная задача № 1.

В хирургическое отделение обратилась мать с трехлетним ребенком, у которого на поликлиническом приеме был заподозрен острый аппендицит.

Молодой врач приемного отделения после кратковременного обследования нашел, что живот у ребенка «мягкий» и болезненность «нелокализованная». Диагноз острого аппендицита был отвергнут, и ребенок был отправлен домой. Матери даны рекомендации – привезти ребенка, «если боли в животе усилятся».

Через два дня ребенок был доставлен в тяжелом состоянии с картиной острого гнойного перитонита. При оперативном вмешательстве обнаружен гангренозный перфоративный аппендицит с диффузным гнойным воспалением брюшины. Спасти ребенка не удалось.

В чем сущность врачебной ошибки?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Врач приемного отделения невнимательно отнесся к больному ребенку и проявил профессиональное невежество.

Известно насколько нетипичной может быть клиническая картина острого аппендицита в различных стадиях заболевания, особенно у детей.

Во всех сомнительных случаях, при подозрении на острый аппендицит, больные (дети и взрослые) должны быть госпитализированы в хирургический стационар для динамического наблюдения, более широкого клинического обследования (УЗИ брюшной полости, ФГДС, анализ формулы крови в динамике и т.д.) для выяснения диагноза.

Врач приемного отделения пренебрег помощью более опытных хирургов, нарушив тем самым клятву Гиппократова.

Последовала жалоба матери. Дело на врача передано в судебно-следственные органы.

Ситуационная задача №2

У больного 17 лет интенсивные боли в эпигастральном участке, многократная рвота, которое не приносит облегчения, выражена общая слабость. . Объективно: общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные с одиночными фиолетовыми пятнами. Пульс-100 уд./мин., АД-100/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется ригидность брюшной стенки и болезненность в эпигастральном участке на 6 см. выше пупка и в левом реберно-позвоночном кулье, пульсация аорты в эпигастральном участке не определяется. Ваш диагноз?

Ответ на ситуационную задачу №2

Острый панкреатит.

Ситуационная задача №3

Больная 17 лет была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит. Болеет 5 суток. Лечилась самостоятельно, принимала обезболивающие и спазмолитики. В правом подвздошном участке пальпируется плотное образование, которое практически неподвижное, с четкими контурами. Был установлен диагноз: апендикулярный инфильтрат. Ваша последующая тактика?

Ответ на ситуационную задачу №3

Консервативное лечение.

Тема №4 «Торакальная хирургия. Травматология.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».

Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены.

Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Ситуационная задача №2

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с жалобами на боль в спине, усиливающуюся при наклоне вперёд у мальчика 13 лет. При расспросе удалось установить, что накануне мальчик упал на спину, катаясь с горки. Отмечался кратковременный эпизод апноэ. Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые чистые, в лёгких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД — 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС — 78 в минуту. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. При пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность. Болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд.

Вопросы: 1. Поставьте предварительный диагноз. Какой дополнительный метод исследования необходим?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор?

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.

5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII. Необходима рентгенография грудного отдела позвоночника, на которой можно диагностировать клиновидную деформацию тел грудных позвонков Th IV — V — VI — VII.

2. Диагноз «компрессионный перелом тел позвонков Th IV-VII, II степени компрессии» установлен на основании факта травмы (упал на спину, катаясь с горки, был кратковременный эпизод апноэ), жалоб на боль в спине, усиливающуюся при наклонах туловища вперёд, болезненны также наклоны туловища в стороны и вперёд); данных объективного обследования (при пальпации остистых отростков позвонков Th IV-VI и паравертебральных зон этого уровня определяется резкая болезненность); рентгенологической картины (клиновидная деформация тел грудных позвонков Th IV-VII).

3. Срочная госпитализация в травматологическое отделение. Обезболивание, функциональное лечение путем вытяжения на кольцах Дельбе.

4. Вытяжение на кольцах Дельбе 3 недели, поэтапная лечебная гимнастика на укрепление мышц спины, физиопроцедуры, массаж. Через 1,5 месяца разрешается более активный образ жизни, исключая сидение.

5. В течение 6 месяцев ребёнок может стоять и лежать, продолжать лечебную гимнастику, профилактическое ношение корсета — 6 месяцев.

Ро-графия через 6 месяцев: при отсутствии увеличения степени компрессии и при хорошо сформированном мышечном корсете возможно отменить ношение корсета.

Прогноз — при несоблюдении рекомендаций, расширение объёма движений — развитие раннего остеохондроза. При правильном лечении прогноз благоприятный.

Ситуационная задача №3

На приём к врачу-педиатру участковому обратились родители с мальчиком 4,5 лет. Установлено, что ребёнок 1 час тому назад случайно опрокинул на себя кружку с кипятком.

Ребёнок родился от II беременности, I срочных родов, с массой 3200 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. Привит по возрасту. Объективно: состояние средней тяжести, отмечается некоторое возбуждение, ребёнок постанывает. Видимые слизистые чистые. Частота дыхания — 40 в минуту. Аускультативно — в лёгких везикулярное дыхание. Пульс — 140 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Сердце — тоны ясные, ритмичные. АД — 80/55 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Местный статус: на передней поверхности живота, бёдер, голени отмечается повреждение кожи в виде отдельных очагов отёка, гиперемии с наличием эпидермальных пузырей, заполненных серозной жидкостью, часть из них вскрывшиеся.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №3

1. Термический ожог кожи II степени, до 10% поверхности тела.
2. Известен факт воздействия жидкости высокой температуры (кипяток). Отёк, гиперемия кожи и эпидермальные пузыри с серозной жидкостью характерны для ожога II степени. Площадь ожога подсчитана по «правилу девяток», отдельные очаги повреждения кожи передней поверхности живота, бёдер, голени составит примерно 10% поверхности тела.
3. Госпитализация в отделение термической травмы, мониторинг гемодинамики, венозный доступ для проведения инфузионной терапии, обезболивание (Промедол 1% — 0,5 мл); антибиотик широкого спектра действия; местно — повязки с водными растворами антисептиков.
4. Продолжить антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, ежедневно проводить перевязки до полной эпителизации ожоговой поверхности.
5. После выписки из стационара ребёнок 7 дней не посещает детский коллектив (домашний режим). Контрольный осмотр врачом-детским хирургом поликлиники. При формировании гипертрофических рубцов назначение противорубцовой терапии в виде аппликаций препаратов Контрактубекс, Тизоль с Лидазой 128 ед.

Ситуационная задача №4

Новорождённый ребёнок мужского пола Ивановой А. 22 лет, от первых срочных родов, первой беременности. В анамнезе матери анемия беременных лёгкой степени, гестационный пиелонефрит. Беременность протекала с гестозом в I половине. Роды на сроке гестации 39–40 недель, в переднем виде затылочного предлежания. Родился мальчик массой тела 3250 г, длиной тела 53 см. Состояние ребёнка при рождении средней тяжести, оценка по шкале Апгар на 1 минуте — 5 баллов, на 5 минуте — 7 баллов. После перевода из родильного зала через 40 минут после рождения наблюдалось нарастание дыхательной недостаточности, периодически наблюдались приступы тахипноэ (более 60 в минуту) и цианоза, выраженное втяжение уступчивых мест грудной клетки, движения правой и левой половины грудной клетки асинхронны, ЧСС — 165 ударов в минуту, верхушечный толчок сердца смещён вправо, перкуторно в нижнем отделе левого лёгкого определяется тимпанит, здесь же отсутствие дыхательных шумов. Появляется цианоз в положении на правом боку, отмечается запавший «ладьевидный» живот. Дежурным неонатологом поставлен диагноз «врождённая пневмония, дыхательная недостаточность (ДН) II степени». Сопутствующий диагноз «декстракардия, первичный ателектаз левого лёгкого». Назначены: оксигенотерапия методом СДППД, коррекция кислотно-основного состояния, антибактериальная терапия, инфузионная терапия.

При обследовании получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 212 г/л, эритроциты – $5,8 \cdot 10^{12}$ /л, гематокрит – 58%, ретикулоциты – 27%, тромбоциты – $232 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты – $28 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, сегментоядерные – 56%, лимфоциты – 23%, моноциты – 8%, эозинофилы – 1%. Биохимический анализ крови: общий белок – 54 г/л, сахар крови – 3,5 ммоль/л, билирубин общий пуповинной крови – 48 мкмоль/л, натрий – 130 ммоль/л, калий – 6,1 ммоль/л, кальций – 2,2 ммоль/л. Сатурация кислорода – 84 %, pH – 7,14. Рентгенография грудной клетки: в проекции левого лёгкого лёгочный рисунок не определяется, органы средостения смещены вправо, слева отмечается наличие заполненных газом кишечных петель с кольцевидными просветлениями (уровни жидкости) в плевральной полости.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания.
2. Какой ведущий синдром можно выделить в данной клинической ситуации? Определите степень его выраженности.
3. Укажите, при каких заболеваниях периода новорождённости могут возникнуть дыхательные расстройства?
4. Какие основные методы лабораторного и инструментального обследования могли быть использованы для дифференциальной диагностики данного заболевания?
5. Какие мероприятия необходимы по неотложной помощи данному ребёнку и дальнейшему его лечению? Оцените действия врача.

Ответ на ситуационную задачу №4

1. Диафрагмальная грыжа, ДН 3 степени.
2. В клинической картине данного заболевания ведущим является синдром тяжёлой дыхательной недостаточности III степени.
3. Внелёгочные причины дыхательных нарушений: диафрагмальная грыжа, врождённые пороки сердца, родовая травма ЦНС, асфиксия. Лёгочные причины неинфекционной природы: ВПР — агенезия, аплазия лёгкого, кистозная гипоплазия, поликистоз, пневмоторакс, пневмопатии, БЛД. Лёгочные причины инфекционной природы — пневмонии.
4. Необходимые методы обследования: обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ сердца и органов брюшной полости; нейросонография, показатели сатурации кислорода и анализ КОС; определение АД.
5. Неотложная помощь в виде интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ. Нормализация газового состава крови. Срочная госпитализация новорождённого в хирургическое отделение после установления диагноза для проведения экстренной хирургической коррекции данного порока. Ошибочная тактика врача в проведении СДППД. При данном заболевании противопоказано проведение масочной ИВЛ и СДППД.

Тема №5 «Гнойная хирургическая инфекция»

Ситуационная задача №1

На приём к врачу-педиатру участковому обратилась мать с мальчиком В. 8 месяцев через 3 дня от начала заболевания. Со слов матери, у ребёнка отмечается беспокойство при акте дефекации, повышение температуры до субфебрильных цифр. Сегодня мать увидела гиперемию и припухлость рядом с анальным отверстием. У ребёнка поднялась температура до $38,2^{\circ}\text{C}$, отмечается задержка стула, беспокойство. Ребёнок родился от II беременности, II срочных родов. Масса при рождении – 3250 г. Находится на смешанном вскармливании. Наблюдается у врача-педиатра участкового с неустойчивым стулом, склонностью к запорам. Инфекционных и вирусных заболеваний не было. Растёт и развивается соответственно возрасту. Операций, травм, гемотрансфузий не было. Отмечалась аллергическая реакция в виде очаговой гиперемии, сухость кожи на щеках, ягодицах на определённые продукты (манная каша, картофель). Состояние удовлетворительное. Температура – $37,4^{\circ}\text{C}$. Кожа и слизистые розовые, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система сформирована правильно. В лёгких выслушивается пуэрильное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс – 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено. В области заднепроходного отверстия на 7 часах условного циферблата

определяется гиперемия, припухлость. При пальпации определяется болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования надо выполнить?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №1

1. Острый гнойный парапроктит, подкожно-подслизистая форма. Необходимо выполнить общий анализ крови.
2. Диагноз «острый гнойный парапроктит» устанавливается на основании жалоб: беспокойство при акте дефекации, задержка стула, повышение температуры до 38,2°C, гиперемия около анального отверстия; объективного обследования: в области ануса на 7 часов условного циферблата определяется гиперемия, припухлость. При пальпации болезненный инфильтрат до 2 см в диаметре, в центре его определяется флюктуация.
3. Срочно направить на госпитализацию в хирургическое отделение. Лечение острого парапроктита — оперативное. Операция заключается во вскрытии гнойника с иссечением (рассечением) свища и несущей свищ крипты.
4. В послеоперационном периоде назначают УВЧ-терапию, антибиотикотерапию, подмывание слабо-розовым раствором марганцево-кислого калия, противовоспалительными травами. Осложнения — при позднем обращении флегмоны таза, септические осложнения. При нерадикальном иссечении внутреннего отверстия — рецидивы, переход в хроническую форму.
5. После выписки ребёнка из стационара — режим дня и вскармливание по возрасту. Осмотр врачом-детским хирургом поликлиники с целью своевременной диагностики хронического парапроктита.

Ситуационная задача №2

Мальчик Ч. 5 лет накануне упал с велосипеда, ударился областью левого бедра. Ночью стали беспокоить боли в левом бедре, поднялась температура до 37,8°C. Утром осмотрен врачом-педиатром участковым, назначено лечение по поводу ОРВИ, сопутствующая патология — ушиб бедра. В течение последующих суток отмечаются подъёмы температуры до 40°C, одышка, сухой кашель, затруднение дыхания. Усилились боли в левом бедре. Ребёнок не встает на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения. Родился доношенным, от I беременности, срочных родов с массой 3500 г. Растёт и развивается соответственно возрасту. За последние полгода дважды лечился в ЛОР-отделении по поводу гнойного отита. К концу 2 суток от начала заболевания вновь вызван врач-педиатр участковый. При осмотре ребёнка выявлено: состояние тяжёлое, вялый, негативен на осмотр, температура — 39,1°C. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. При аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия до 140 ударов в минуту. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание редкое, безболезненное. Местный статус: левая нижняя конечность в вынужденном положении, согнута в коленном и тазобедренном суставе, ротирована наружу. Активные и пассивные движения крайне болезненные и ограничены. В нижней трети левого бедра напряжённый отёк, инфильтрация мягких тканей, выраженный венозный рисунок; ограниченные и болезненные движения в коленном суставе. Пальпация, перкуссия, нагрузка по оси бедренной кости болезненные. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования и какие признаки помогут вам в обосновании диагноза?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какова Ваша дальнейшая тактика по оказанию неотложной помощи? Обоснуйте Ваш выбор.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшей лечебной тактики.
5. Составьте и обоснуйте план реабилитационных мероприятий на амбулаторном этапе.

Ответ на ситуационную задачу №2

1. Острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости, септико-пиемическая форма. Двусторонняя септическая пневмония. Необходимо выполнить: сравнительную рентгенографию бедренных костей для исключения перелома и изменений в структуре кости; рентгенографию грудной клетки с целью подтверждения наличия признаков пневмонии: в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободные, смещения органов средостения нет; общий анализ крови: лейкоцитоз и палочкоядерный сдвиг.
2. Диагноз «острый гематогенный остеомиелит дистального метадиафиза левой бедренной кости» установлен на основании жалоб: боль в нижней трети левого бедра, гипертермия, нарушение функции (не встаёт на ногу, щадит её от любого движения и прикосновения). Провоцирующим фактором явился ушиб бедра при падении с велосипеда, но на рентгенограмме линии перелома, изменений структуры кости нет. Септико-пиемическую форму течения острого гематогенного остеомиелита обосновывают клинико-рентгенологической картиной двусторонней септической пневмонии: цианоз носогубного треугольника; при аускультации в лёгких ослабление дыхания с обеих сторон, крепитирующие хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука, начиная с IV межреберья; на рентгенограмме грудной клетки в проекции обоих лёгких определяются множественные гомогенные тени неправильной формы, синусы свободны, смещения органов средостения нет. В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, что указывает на гнойно-воспалительный процесс.
3. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для оперативного лечения. При нарастании признаков дыхательной недостаточности — в реанимационное отделение. Лечение ОГО комплексное: дезинтоксикационная терапия, коррекция гомеостаза; антибактериальная терапия направлена (подавление типичного для ОГО микроорганизма *St. Aureus*); санация и дренирование гнойного очага — остеоперфорации (2-3 отверстия) с последующим промыванием костномозгового канала антисептиками и введение антибиотиков; ежедневные перевязки, исключить опору на больную конечность.
4. Антибактериальная терапия до нормализации показателей общего анализа крови. Перевязки с растворами антисептиков. Ходьба на костылях без опоры на больную конечность. Физиотерапевтические процедуры с противовоспалительной целью для улучшения микроциркуляции. Рентгенография левого бедра, костей, образующих левый коленный сустав на 21 день заболевания.
5. После выписки из стационара ребенок 1 месяц соблюдает домашний режим, ходит на костылях, освобождается от занятий физической культуры (показана лечебная физкультура), контроль общего анализа крови. Контрольная рентгенография через 1 месяц, далее по показаниям в соответствии с клинико-рентгенологической картиной.

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачёт

Вопросы к зачёту (ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10):

1. Пороки развития. Паховая грыжа. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины в образовании паховых грыж у детей.
2. Виды грыж. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения. Принципы операции грыжесечения в возрастном аспекте.
3. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Врачебная тактика, показания к консервативному лечению.
4. Особенности оперативной техники при ущемленной паховой грыже.
5. Водянка яичка и семенного канатика. Возрастная частота заболевания. Значение нарушения облитерации вагинального отростка брюшины. Клиника, диагностика, методы лечения. Принципы и сроки оперативного лечения.
6. Киста семенного канатика. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
7. Аномалии развития и опускания яичка. Классификация. Клиника и диагностика крипторхизма. Показания к гормональному и хирургическому лечению. Сроки и способы хирургического лечения.
8. Варикоцеле. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Сроки хирургического лечения. Принцип оперативного вмешательства.
9. Особенности клинической картины, общие принципы лечения закрытой травмы почек, мо-

- четочников.
10. Особенности клинической картины, общие принципы лечения закрытой травмы мочевого пузыря.
 11. Переломы костей таза с повреждением внутренних органов, разрывы уретры.
 12. Показания к наложению надлобкового свища.
 13. Синдром отечной мошонки (перекрут яичка, гидатиды, орхит). Особенности клиники. Тактика лечения.
 14. Хирургическая инфекция. Особенности гнойно-септических заболеваний у детей.
 15. Хирургический сепсис.
 16. Принципы лечения гнойной инфекции у детей.
 17. Флегмона новорожденных Особенности течения. Клинические проявления. Диагностика, дифференциальный диагноз Принципы лечения.
 18. Рожистое воспаление. Принципы лечения.
 19. Мастит новорожденных Клинические проявления. Осложнения. Хирургическое лечение. Последствия запущенных случаев мастита.
 20. Лимфаденит. Наиболее частая локализация. Консервативное и оперативное лечение.
 21. Гематогенный остеомиелит. Этиология. Особенности кровоснабжения костей у детей, роль этого фактора в локализации и распространении процесса.
 22. Остеомиелит у детей старшего возраста. Стадии заболевания. Острая стадия. Принципы оперативного лечения.
 23. Осложнения хронического остеомиелита. Особенности хирургического лечения. Особенности и сроки иммобилизации. Осложнения. Профилактика и лечение осложнений.
 24. Метаэпифизарный остеомиелит как специфическая форма течения заболевания детей раннего возраста. Особенности хирургического лечения. Особенности и сроки иммобилизации. Осложнения. Профилактика и лечение осложнений.
 25. Артрит. Этиология. Особенности клинических проявлений у детей новорожденных и старшего возраста, типичная локализация - коленные, голеностопные, тазобедренные суставы. Особенности клинической, лабораторной и рентгенодиагностики. Лечение, реабилитация.
 26. Пороки развития органов брюшной полости. Врожденная кишечная непроходимость. Этиология. Патогенез.
 27. Врачебная тактика при разных формах кишечной непроходимости. Принципы оперативного лечения.
 28. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиника. Особенности клинических проявлений у новорожденных и грудных детей. Диагностика. Рентгенодиагностика.
 29. Каловые завалы, интоксикация. Врачебная и хирургическая тактика. Техника сифонных клизм. Способы радикальных операций.
 30. Показания к колостомии у детей.
 31. Мегадолихоколон. Клиника и диагностика. Рентгенодиагностика. Принципы оперативного лечения.
 32. Аномалии развития аноректальной области. Свищевые и несвищевые формы. Клинические проявления. Диагностика.
 33. Приобретенные заболевания органов брюшной полости Инвагинация. Этиология. Патогенез. Виды инвагинации. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению.
 34. Странгуляционный илеус. Роль врожденных аномалий – Меккелев дивертикул, дефекты брыжейки. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Хирургическое лечение.
 35. Послеоперационная странгуляционная непроходимость. Клиника. Диагностика. Рентгенодиагностика. Хирургическое лечение.
 36. Обтурационная непроходимость. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение.
 37. Копростаз – роль пороков развития толстой кишки (болезнь Гиршпрунга, врожденный стеноз заднепроходного отверстия). Клиника. Диагностика.
 38. Причины динамической непроходимости. Клиника. Диагностика.
 39. Лигатурный метод аппендэктомии у детей.
 40. Показания к погружному методу аппендэктомии у детей.
 41. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника неосложненного и осложненного инфильтрата. Тактика при различных видах инфильтрата.
 42. Аппендикулярный абсцесс. Клиника. Зависимость тактики оперативного лечения от лока-

- лизации абсцесса и возможности удаления отростка.
43. Перитонит. Причины развития перитонита у детей. Принципы лечения. Криптогенный перитонит. Особенности клиники. Лапароскопическое лечение.
 44. Родовые повреждения мягких тканей головы.
 45. Кефалогематома. Травматические повреждения мягких тканей головы. Клиника, диагностика, лечение.
 46. Переломы костей свода и основания черепа. Сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга.
 47. Субдуральное кровоизлияние.
 48. Эпидуральная гематома. Клиника, диагностика. Значение люмбальной пункции.
 49. Консервативное лечение черепно-мозговой травмы. Принципы оперативного лечения.
 50. Диспансерное наблюдение детей, перенесших черепно-мозговую травму.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний
		Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		Владеть: Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	Знать: правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания ведения медицинской документации на различных этапах оказания ме-	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи.

		медицинской помощи	дицинской помощи	
		Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
		Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности

		Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	---

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Показатели оценивания компетенций	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Знать: Знать особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенности течения и возможные осложнения при различной патологии.	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенности течения и возможные осложнения при различной патологии.
		Уметь: исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		Владеть: навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения паци-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания алго-	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания алгоритмов

	помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	ентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	ритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины.

4.2. Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больно-го, разбор историй болезни

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.

Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для решения ситуационной задачи:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для защиты рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение про-

блемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для разбора тематического больного:

- ❖ Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.
- ❖ Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.
- ❖ Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного:

- ❖ Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.
- ❖ Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.
- ❖ Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.
- ❖ Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения.

Для разбора истории болезни:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.