федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ**

**УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС**

по специальности

**31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.16 «Детская хирургия», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г.

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине симуляционный курс содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

(УК-1) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

(ПК-5) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

(ПК-6) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

Рабочая программа ординатуры по симуляционному курсу для специальности 31.08.16 Детская хирургия содержит 1 модуль. В конце изучения модуля проводится рубежный контроль. Для оценки текущей успеваемости в пределах одного модуля используются следующие формы контроля: тестирование, устный опрос, проверка практических навыков, решение проблемно-ситуационных задач. Комплектация оценочных материалов модуля составляется из оценочных материалов каждой темы модуля соответственно каждой форме контроля, в том числе и тем практических занятий, изучаемых ординаторами самостоятельно.

#### Модуль: Специализированные навыки в практической деятельности врача хирурга

**Тема 1**

**Острый аппендицит у детей, перитониты детского возраста. Абдоминальный болевой синдром у девочек.**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Трехлетний ребенок, госпитализированный в стационар с подозрение на острый аппендицит, очень беспокоен, негативно реагирует на осмотр. Чтобы обеспечить осмотр ребенка необходимо | А) ввести промедол  Б) ввести судуксен, реланиум\*  В) ввести спазмолитики  Г) сделать теплую ванну  Д) осмотреть ребенка в состоянии естественного сна |
| 2. Симптомом Ситковского при остром аппендиците называется | А) усиление болей при положении на левом боку\*  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 3. Больной острым аппендицитом в постели, занимает положение | А) на спине  Б) на животе  В) на правом боку с приведенными ногами\*  Г) на левом боку  Д) сидя |
| 4. Острый аппендицит у детей старшего возраста дифференцируют со следующими заболеваниями, **кроме:** | А) острым холециститом  Б) почечной коликой  В) острым пиелонефритом  Г) болезнью Шенляйн-Геноха  Д) паховым лимфаденитом\* |
| 5. При пальпации живота у ребенка с подозрением на острое хирургическое заболевание необходимо соблюдать все перечисленные правила, **кроме:** | А) теплые руки  Б) отвлечение внимания ребенка разговором  В) начинать с глубокой пальпации в точке локальной болезненности\*  Г) начинать с поверхностной пальпации  Д) пальпировать, постепенно приближаясь к месту наибольшей болезненности |
| 6. Наиболее характерными изменениями картины крови при остром аппендиците являются: | А) умеренный лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг формулы влево\*  Б) гиперлейкоцитоз  В) лейкопения  Г) отсутствие изменений  Д) ускоренная СОЭ |
| 7. Симптомом Ровзинга при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом боку  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки\*  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 8. Симптомом Воскресенского при остром аппендиците называется: | А) усиление болей при положении на левом боку  Б) появление болезненности при скользящем движении от пупка к правой подвздошной области по рубашке больного\*  В) усиление болей при поднятии выпрямленной правой ноги и одновременной пальпации подвздошной области  Г) усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации сигмовидной кишки  Д) правое яичко расположено выше левого |
| 9. Укажите целесообразность проведения ректального исследования при подозрении на острый аппендицит: | А) обязательно\*  Б) не обязательно  В) у детей младшего возраста по показаниям  Г) у девочек по показаниям |
| 10. Локальная болезненность в правой подвздошной области, активная мышечная защита, отрицательный симптом Щеткина –Блюмберга, катаральные явления, температура - характерны для | А) острого аппендицита  Б) копростаза  В) почечной колики  Г) печеночной колики  Д) мезаденита\* |
| 11. Локальная болезненность в правой подвздошной области, пассивная мышечная защита, положительный симптом Щеткина –Блюмберга, температура - характерны для | А) острого аппендицита\*  Б) копростаза  В) почечной колики  Г) печеночной колики  Д) мезаденита |
| 12. При болях в животе показано клиническое обследование с определением  **(выбрать все правильные ответы)** | А) зоны локальной болезненности\*  Б) мышечной защиты\*  В) симптома Щеткина-Блюмберга\*  Г) симптома Пастернацкого  Д) осмотр per rectum\* |
| 13. Ребенку с остро возникшими болями в животе показано | А) амбулаторное обследование  Б) госпитализацию в педиатрическое отделение  В) плановую госпитализацию в хирургическое отделение  Г) экстренную госпитализацию в хирургическое отделение\*  Д) госпитализацию в инфекционное отделение |
| 14. Экстренное оперативное вмешательство показано при | А) остром аппендиците\*  Б) копростазе  В) почечной колике  Г) печеночной колике  Д) пневмонии |
| 15. Червеобразный отросток - это | А) рудимент  Б) функциональный орган\*  В) порок развития  Г) аномалия  Д) вариант развития |
| 16. У ребенка в приемном покое установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (доставлен с бабушкой). Можно ли больного оперировать? | А) да, с согласия бабушки  Б) нет, необходимо только согласие родителей  В) да, решением консилиума врачей\* |
| 17. При подозрении на острый аппендицит необходимо провести обследование  **(выбрать все правильные ответы)** | А) общий анализ крови\*  Б) определение группы крови  В) общий анализ мочи\*  Г) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства\*  Д) дуоденальное зондирование  Е) компьютерную томографию |
| 18. У больного типичная клиника острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова изменений червеобразного отростка не обнаружено. Патологию какого органа следует исключить при ревизии | А) желудка  Б) печени  В) дивертикула Меккеля\*  Г) почки  Д) прямой кишки |
| 19.Что такое дивертикул Меккеля | А) остаток мочевого протока  Б) новообразование слепой кишки  В) новообразование подвздошной кишки  Г) остаток желточного протока\*  Д) жировой подвесок |
| 20.На каком отделе кишечника следует искать дивертикул Меккеля | А) слепая кишка  Б) тощая кишка  В) сигмовидная кишка  Г) подвздошная кишка\*  Д) поперечно-ободочная кишка |

**Вопросы для устного опроса**

1. В каком возрасте наибольшая заболеваемость острым аппендицитом?
2. Пути инфицирования червеобразного отростка?
3. Возрастные особенности строения червеобразного отростка у детей.
4. Назовите возрастные особенности органов брюшной полости у детей младшего возраста.
5. Механизмы отграничения воспалительного процесса брюшной полости у детей.
6. Особенности клинической картины у детей младшего возраста.
7. Клиническая картина у детей старшего возраста.
8. Особенности обследования детей младшего возраста с подозрением на острый аппендицит.
9. Показания к госпитализации детей с болями в животе
10. Назовите ведущий симптом при остром аппендиците.
11. Как дифференцировать острый аппендицит и копростаз?
12. Как дифференцировать острый аппендицит и почечную колику?
13. Как дифференцировать острый аппендицит и перекрут придатка (кисты придатка) у девочки?
14. Как дифференцировать острый аппендицит и желчную колику?
15. Как дифференцировать острый аппендицит и дизентерию?
16. Назовите способы оперативных вмешательств у детей при остром аппендиците.
17. Каковы послеоперационные осложнения при аппендэктомии?
18. Назовите осложнения острого аппендицита у детей.
19. Что такое аппендикулярный инфильтрат.
20. Что является показанием к оперативному вмешательству при аппендикулярном инфильтрате?
21. Каковы возможные исходы аппендикулярного инфильтрата?
22. Какие существуют методы оперативного лечения аппендикулярного абсцесса?
23. В каком возрасте и почему встречается первичный перитонит у девочек?
24. Особенности диагностики первичного или криптогенного перитонита
25. Классификация перитонита у детей.
26. Патогенез разлитого перитонита.
27. Объем и длительность предоперационной подготовки при перитоните.
28. Современные методы оперативного лечения перитонита
29. Особенности послеоперационного ведения больного с перитонитом.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. Трехлетняя девочка, доставленная в приемное отделение с подозрением на острый аппендицит, негативно относится к врачебному осмотру, беспокоится, кричит, не дает осмотреть переднюю брюшную стенку. Что делать?
2. У ребенка на пятые сутки после аппендэктомии отмечаются подъемы температуры до 38оС по вечерам, появились неясные боли при дефекации. Живот не вздут, при пальпации мягкий, слегка болезненный над лоном, симптомов раздражения брюшины нет. Какое дополнительное исследование нужно провести ребенку? Предположительный диагноз, тактика хирурга?
3. В хирургическое отделение поступил мальчик 8 лет с типичной клиникой острого аппендицита. Во время операции доступом Волковича-Дьяконова обнаружено, что выпота в брюшной полости нет, червеобразный отросток макроскопически не изменен. Тактика оперирующего хирурга?
4. Мальчик 2 лет доставлен в приемное отделение детской больницы через сутки от начала заболевания с диагнозом врача скорой помощи «Острый аппендицит?». Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38,6оС, насморка, кашля. Выражена одышка. Дыхание жесткое, прослушиваются единичные влажные хрипы. Язык влажный. Пульс 104 уд. в минуту. Ребенок сопротивляется осмотру, плачет, напрягает живот. Ваш предварительный диагноз, план обследования, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
5. У ребенка установлен диагноз острого аппендицита, но родителей в больнице нет (больной доставлен из школы в сопровождении учителя). Можно ли больного оперировать?
6. В приемное отделение доставлен мальчик 2,5 лет. Родители отмечают, что в последние сутки ребенок стал капризным, вялым, предыдущую ночь плохо спал, была двукратная рвота, утром – жидкий стул. При осмотре состояние тяжелое, температура 39,8оС , тахикардия, ребенок лежит на правом боку с подведенными к животу ножками. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области. Здесь же мышечное напряжение, положительные симптомы раздражения брюшины. Ректальное обследование без особенностей. О каком заболевании идет речь? Типична ли для данного заболевания описанная клиническая картина? Дифференциальный диагноз? Какой симптом из вышеперечисленных является решающим для диагноза? Лечебная тактика?
7. У девочки 4-х лет во время лапаротомии доступом Волковича-Дьяконова по поводу подозрения на острый аппендицит со стороны червеобразного отростка изменений не выявлено. При этом хирург обнаружил опухолевидное образование, располагающееся справа в забрюшинном пространстве и напоминающее кисту. О чем можно думать? Какова тактика хирурга в данном случае?
8. Мальчик 12 лет доставлен в приемное отделение через 18 часов от начала заболевания. Появились боли в эпигастрии, которые через 4 часа переместились в правую подвздошную область, была 2 раза рвота съеденной пищей. При обследовании: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,4оС, живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется мышечное напряжение и резкая локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз? Какова особенность течения данного заболевания? Лечебная тактика.
9. Ребенок 6 лет поступил на третий день болезни с выраженными болями по всему животу, которые первоначально локализовались в правой подвздошной области, многократной рвотой застойным содержимым. Состояние тяжелое, температура 39о, бледность кожных покровов, выраженная тахикардия. Передняя брюшная стенка не участвует в акте дыхания, определяется разлитая болезненность, выраженное мышечное напряжение и положительные симптомы раздражения брюшины. Диагноз, лечебная тактика?
10. Девочка трех лет заболела остро, появилась боль в нижних отделах живота, двукратная рвота, температура тела повысилась до 39оС. Общее состояние быстро ухудшалось: вялость, отказ от еды, жажда. При осмотре язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен и болезнен во всех отделах, больше внизу. Здесь положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Отмечаются мацерация и выделения из влагалища. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.
11. У ребенка 6 лет периодически возникают приступы болей в животе и правой поясничной области, рвота, подъемы температуры тела до 38оС. В анализах мочи лейкоцитурия. При пальпации живота определяется нижний полюс правой почки. Из анамнеза известно, что ребенок в течение 4 лет наблюдается педиатром по поводу дискинезии желчных путей и пиелонефрита. Клинико-рентгенологическое исследование не проводилось. Ваш предварительный диагноз? План обследования? Методы диагностики? Лечебная тактика? Ваша оценка тактики педиатра.
12. У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
13. У мальчика 10 дней с рождения отмечено увеличение размеров живота за счет пальпируемого в левой половине неподвижного безболезненного, плотно-эластической консистенции опухолевидного образования размерами 8 х 6 х 4 см. При ультразвуковом исследовании образование представлено многокамерными кистами, заполненными жидкостью. Левая почка не найдена. Справа почка на обычном месте, структура без особенностей. Ваш предварительный диагноз, тактика лечения?
14. Мать, купая ребенка 2 лет, обнаружила у него в левой половине брюшной полости опухолевидное образование размерами с большое яблоко, туго-эластической консистенции, безболезненное, неподвижное. В поликлинике при УЗИ выявлено увеличение размеров левой почки, расширение коллекторной системы, истончение паренхимы. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
15. При очередном осмотре педиатр у 7-месячного ребенка вывил недостаточную прибавку массы тела, сниженный аппетит. Нижняя апертура грудной клетки развернута, больше слева. При пальпации живота отмечено образование, плотное, не смещаемое, с ровными контурами. Родители ребенка сообщили, что за последние 2-3 недели у ребенка периодически возникает повышение температуры до 37,5оС, повышенная потливость, ребенок станловится раздражительным, бывает разжиженный стул. АД – 110/75 мм рт. ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования.

**Проверка практических навыков**

проводится на занятие проводится в симуляционном центре, для работы необходимо: иммитационное оборудование (манекен для диагностики абдоминальных заболеваний с возможностью проведения осмотра, пальпации, аускультации живота, конструктором патологий, объективной оценкой действий обучающегося и возможностью имитации следующих показателей: **(норма; аппендицит; перитонит-асцит; наличие объемных образований)**

**Тема 2**

**Гнойные заболевания лёгких и плевры**

**Тесты для контроля по теме:**

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. При напряженном пиопневмотораксе у детей необходимо выполнить: | А) плевральную пункцию  Б) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  В) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Г) радикальную операцию  Д) торакоскопию с ультразвуковой санацией |
| 2. На рентгенограмме определяется тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостенья в пораженную сторону. Наиболее вероятный диагноз: | А) эмпиема плевры  Б) ателектаз легкого\*  В) напряженный пиопневмоторакс  Г) плащевидный плеврит  Д) абсцесс легкого |
| 3. Притупление перкуторного звука, отсутствие дыхание над всей поверхностью легкого и смещение средостения в сторону поражения характерно для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 4. Притупление перкуторного звука в нижних отделах с коробочным - в верхних, отсутствие дыхания над всей поверхностью легкого и смещение средостения в здоровую сторону характерно для**:** | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса\*  В) пневмоторакса  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 5. Коробочный звук над всей поверхностью легкого и отсутствие дыхания со смещением средостения в здоровую сторону характерно для: | А) ателектаза легкого  Б) пиопневмоторакса  В) пневмоторакса\*  Г) гидроторакса  Д) абсцесса легкого |
| 6. Плевральную пункцию при гидротораксе следует выполнять в: | А) 2-3 межреберье по средней подмышечной линии  Б) 6-7 межреберье по задней подмышечной линии  В) 6-7 межреберье по средней ключичной линии  Г) 6-7 межреберье по средней подмышечной линии\*  Д) 2-3 межреберье по средней ключичной линии |
| 7. Плевральную пункцию при пневмотораксе следует выполнять в: | А) 3-4 межреберье по паравертебральной линии  Б) 3-4 межреберье по передней подмышечной линии  В) 5-6 межреберье по средней подмышечной линии  Г) 6-7 межреберье по средней ключичной линии  Д) 2-3 межреберье по средней ключичной линии\* |
| 8. Экстренная бронхоскопия показана при: | А) ателектазе легкого\*  Б) напряженном пневмотораксе  В) напряженном гидротораксе  Г) абсцессе легкого  Д) пиопневмотораксе |
| IMG_00579. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого\*  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| IMG_006710.Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| DSC0872311. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса\*  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса |
| 1612. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса\* |
| 13. Данная рентгенограмма характерна для: | А) ателектаза легкого  Б) пневмоторакса  В) гидроторакса  Г) абсцесса легкого\*  Д) пиопневмоторакса |
| 14. При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является: | А) пункция абсцесса  Б) радикальная операция  В) бронхоскопическая санация\*  Г) дренирование плевральной полости  Д) катетеризация бронха |
| 15. При буллезной форме деструкции легких (буллы без напряжения) оптимальным методом лечения является: | А) пункция буллы  Б) интенсивная терапия без вмешательства в очаг\*  В) дренирование буллы  Г) бронхоскопический дренаж  Д) плевральная пункция |
| 16. При плащевидном серозном плеврите лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости\*  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию |
| 17. У больного напряженный пневмоторакс с широким бронхоплевральным свищом. Ему следует рекомендовать: | А) плевральную пункцию  Б) бронхоблокаду с дренированием плевральной полости и активной аспирацией\*  В) дренирование плевральной полости по Бюлау  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) выжидательную тактику |
| 18. При пиотораксе лечение предусматривает: | А) дренирование плевральной полости по Бюлау\*  Б) интенсивную терапию без вмешательства в очаг  В) пункцию плевральной полости  Г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией  Д) бронхоскопию |
| **Укажите все правильные ответы** | |
| 19. Экстренная плевральная пункция показана в случае: | А) ателектаза легкого  Б) напряженного пневмоторакса\*  В) напряженного гидроторакса\*  Г) абсцесса легкого  Д) пиопневмоторакса\* |
| 20. Нарастание симптомов дыхательной недостаточности у ребенка с пневмонией может быть связано с: | А) ателектазом легкого  Б) гипоплазией легкого  В) пневмотораксом\*  Г) гидротораксом\*  Д) абсцессом легкого\*  Е) пиопневмотораксом\* |

**Вопросы для устного опроса**

1. Значение гнойно-воспалительных заболеваний в хирургии детского возраста.
2. Этиология и патогенез гнойной хирургической инфекции. Значение анатомо-физиологических особенностей детей при гнойно-воспалительных заболеваниях.
3. Гнойная инфекция мягких тканей (фурункул, флегмона, абсцесс, панариций, лимфаденит).
4. Принципы лечения гнойной инфекции у детей.
5. Понятие дыхательной недостаточности (ДН).
6. Основные причины ДН у новорожденных и детей раннего возраста.
7. Общие и специальные методы исследования при ДН (обзорная рентгенография грудной клетки, бронхоскопия, бронхография, УЗИ, КТ).
8. Деструктивная пневмония, понятие, этиопатогенез.
9. Классификация деструктивной пневмонии.
10. Внутрилегочные осложнения БДЛ, клиника, диагностика.
11. Лечение внутрилегочных осложнений БДЛ. Методы дренирования абсцессов легкого.
12. Лечение плевральных осложнений БДЛ (плевральная пункция, дренаж по Бюлау, активная аспирация, временная окклюзия бронха).
13. Консервативное лечение БДЛ и ее осложнений.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У ребенка 9 месяцев, находящегося на лечении в соматическом отделении по поводу правосторонней пневмонии, состояние постепенно ухудшается, нарастают явления интоксикации, усиливается одышка, температура держится на фебрильных цифрах. При перкуссии грудной клетки справа определяется тупой звук, сердце смещено влево, дыхание справа практически не выслушивается. Дополнительные методы обследования. Предположительный диагноз. Лечебная тактика.
2. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. При перкуссии сердце смещено вправо, слева в верхних отделах грудной клетки тимпанит, ниже угла лопатки – притупление. Дыхание слева не проводится. Диагноз? Дополнительные методы обследования, лечение?
3. У ребенка трех недель остро наступило ухудшение состояния. Температура тела поднялась до 39о, появилось беспокойство, не спит, отказывается от груди. На спине в межлопаточной области мать заметила красноватое пятно, которое постепенно увеличивалось в размерах, приобрело багровый цвет. Четких границ с непораженной кожей нет, флюктуации нет. О каком заболевании идет речь? Тактика участкового педиатра?
4. У ребенка 2-х лет, находящегося в детском отделении по поводу деструктивной пневмонии внезапно ухудшилось состояние: появился кашель, усилилась одышка, отмечается выраженный цианоз кожных покровов. О каких осложнениях БДЛ можно думать? Дополнительное обследование? Лечебная тактика?
5. Ребенок 14 лет жалуется на пульсирующие боли в области ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти в течение 2 дней. Местно: отёк, гиперемия кожи. Резкая болезненность при пальпации, движения в дистально межфаланговом суставе ограничены из-за болей. Предположительный диагноз? Тактика педиатра и хирурга? Какое обезболивание потребуется больному?
6. В районной больнице общий хирург вскрыл некротическую флегмону у новорожденного в межлопаточной области двумя параллельными большими разрезами и дренировал гнойник марлевыми турундами. Оцените действия хирурга.

**Проверка практических навыков**

проводится в симуляционном центре. Для работы необходимо: тренажёр для пункции плевральной полости у детей; хирургический набор (ножницы, пинцет, стилет – катетер, скальпель, зажим, лоток); сотровые перчатки разных размеров; укладка с иммитацией растворов: перекись водорода, спирт, водный раствор хлоргексидина, ампулы лидокаина, физиологический р-р; контейнер с крышкой для отходов класса Б, пакет для отходов А, набор для забора крови); ампулы и флаконы, заполненные дистиллированной водой для имитации лекарственных средств).

**Текущий контроль проверки знаний и практических навыков, полученных при прохождении симуляционного курса в условиях клиники детской хирургии**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для контроля по теме «Особенности детского травматизма»**

# Укажите один правильный ответ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Поднадкостничный перелом – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков\*  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | |
| 2. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает: | А) открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией  В) вытяжение по Шеде\*  Г) вытяжение по Блаунту  Д) лечения не требуется | |
| 3. Перелом по типу «зеленой веточки» – это: | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя\*  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом | |
| 4. Оптимальный вариант лечения при родовом переломе ключицы со смещением отломков включает: | А) лечения не требует  Б) лейкопластырное вытяжение  В) гипсовая повязка  Г) повязка Дезо\*  Д) торакобрахиальная гипсовая повязка с отведением плеча | |
| 5. Только в детском возрасте встречаются переломы длинных трубчатых костей | | А) поднадкостничный перелом  Б) эпифизеолиз  В) перелом по типу «зеленой веточки»  Г) все ответы правильные\*  Д) правильные ответы А и В |
| 6. Аналогом детского дистального эпифезиолиза лучевой кости у взрослых является | | А) перелом луча в типичном месте\*  Б) вколоченный перелом  В) повреждение Монтеджа  Г) повреждение Галеацци  Д) отрыв шиловидного отростка |
| 7. 03Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости\*  Б) эпифизеолиз костей предплечья  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 8. Из видов травматизма в детском возрасте преобладает | | А) бытовой\*  Б) уличный  В) школьный  Г) спортивный  Д) прочий |
| 9. Эпифизеолиз – это | | А) перелом метафиза без повреждения надкостницы и смещения отломков  Б) отрыв эпифиза от метафиза по линии росткового хряща\*  В) перелом в области диафиза с угловым смещением и односторонним разрывом кортикального слоя  Г) вывих у детей раннего возраста  Д) родовой перелом |
| 10.Оптимальный вариант лечения при родовом переломе плечевой кости со смещением отломков является | | А) открытая репозиция с последующей гипсовой иммобилизацией  Б) одномоментная закрытая репозиция с гипсовой иммобилизацией  В) лейкопластырное вытяжение по шеде  Г) повязка Дезо  Д) открытая репозиция, остеосинтез |
| 11. Для поднадкостничного перелома лучевой кости характерно | | А) боль в нижней трети предплечья\*  Б) патологическая подвижность  В) нарушение функции  Г) деформация предплечья  Д) отсутствие пульса на лучевой артерии |
| 12. Из видов бытового травматизма преобладает в детском возрасте | | А) повреждения\*  Б) ожоги  В) инородные тела  Г) отравления  Д) огнестрельные повреждения |
| 13. Для иммобилизации «свежих» переломов длинных трубчатых костей у детей применяют всё, **кроме** | | А) гипсовой лонгеты с фиксацией двух соседних суставов  Б) циркулярной гипсовой повязки\*  В) повязки Дезо  Г) лейкопластырного вытяжения  Д) скелетного вытяжения |
| 14. Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является | | А) проксимальный эпифиз плечевой кости  Б) дистальный эпифиз плечевой кости \*  В) проксимальный эпифиз бедренной кости  Г) дистальный эпифиз бедренной кости  Д) проксимальный эпифиз большеберцовой кости |
| 15. Признаком, позволяющим заподозрить родовой перелои ключицы без существенного смещения отломков, является | | А) гематома в области плечевого сустава  Б) крепитация костных отломков  В) гемипарез верхней конечности  Г) реакция на болевое ощущение при пеленании\*  Д) признаки нарушения кровообращения в конечности |
| 16. **06**Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости  Б) эпифизеолиз лучевой кости\*  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 17. **05**Это | | А) поднадкостничный перелом лучевой кости\*  Б) эпифизеолиз лучевой костия  В) переломе костей предплечья в типичном месте  Г) перелом по типу зеленой веточки  Д) отрыв головки лучевой кости |
| 18. Примерный срок иммобилизации при переломе ключицы у новорожденного составляет | | А) 2 недели  Б) 1 месяц  В) 7 дней\*  Г) 3 недели |
| 19. Примерный срок иммобилизации при переломе бедренной кости у новорожденного составляет | | А) 2 недели\*  Б) 1 месяц  В) 7 дней  Г) 3 недели |
| 20. Примерный срок иммобилизации при переломе плечевой кости у новорожденного составляет | | А) 2 недели  Б) 1 месяц  В) 10 дней\*  Г) 3 недели |

**Вопросы для устного опроса**

1. Понятие детского травматизма. Классификация. Связь травматизма с возрастом ребенка.
2. Анатомо-физиологические и рентгенологические особенности строения костей у детей. Время появления точек окостенения в эпифизах и апофизах.
3. Типичные повреждения костей у детей: перелом свода черепа по типу «целулоидного шарика», поднадкостничные переломы, переломы по типу «зеленой ветки» или «ивового прута», эпифизеолизы и остеоэпифизеолизы, апофизеолизы.
4. Особенности клиники и диагностики различных типов переломов.
5. Роль рентгенологического исследования в диагностике переломов костей у детей.
6. Особенности лечения переломов костей у детей. Консервативные методы лечения. Иммобилизация, ее виды. Показания к оперативному лечению.
7. Родовые повреждения: кефалгематома, родовые переломы ключицы, плечевой и бедренной костей, клиника, диагностика.
8. Лечение родовых переломов костей. Особенности иммобилизации.
9. Допустимые смещения костных отломков. Осложнения переломов костей у детей.
10. Профилактика детского травматизма.
11. Патологические переломы костей у детей: причины, диагностика, методы лечения.
12. Анатомо-физиологические и рентгенологические особенности строения локтевого сустава у детей. «Слабые» места в локтевом суставе у детей.
13. Механизм переломов дистального конца плечевой кости и проксимальных концов костей предплечья. Эпифизеолизы и апофизеолизы в локтевом суставе.
14. Механизм возникновения вывихов костей предплечья.
15. Повреждение Монтеджа.
16. Подвывих головки лучевой кости у детей. Возрастные особенности. Роль анамнеза в диагностике повреждения. Особенности вправления подвывиха.
17. Классификация переломов дистального конца плечевой кости.
18. Местные симптомы над- и чрезмыщелковых переломов.
19. План обследования больных с повреждениями области локтевого сустава. Особенности диагностики повреждений сосудисто-нервного пучка.
20. Рентгенодиагностика переломов и вывихов в области локтевого сустава, возрастные особенности.
21. Методы лечения: закрытая репозиция, скелетное вытяжение, иммобилизация конечности.
22. Показания к открытой репозиции и методы фиксации костных отломков.
23. Особенности устранения повреждения Монтеджа.

**Проблемно-ситуационные задачи**

Во время оказания акушерского пособия в родах новорожденный получил травму правой ручки. При осмотре в клинике: правая ручка неподвижно лежит вдоль туловища, активные движения отсутствуют, пассивные - в плечевом и локтевом суставах вызывают резкое беспокойство. В средней трети правого плеча видна угловая деформация. Предварительный диагноз, дополнительные методы обследования? Лечебная тактика?

У новорожденного, рожденного путем кесарева сечения в связи с поперечным положением плода, отмечено вынужденное положение с отведением правой ножки. Активные движения отсутствуют, пассивные резко болезненны. На границе верхней и средней трети бедра отмечены угловая деформация и патологическая подвижность. Ваш предварительный диагноз, первая помощь? Тактика врача родильного дома? Дальнейшее обследование и лечение?

У новорожденного в области левой теменной кости имеется тестоватая опухоль, не выходящая за пределы указанной кости. Ребенок ведет себя спокойно, температура тела нормальная, кожа над образованием не гиперемирована. Диагноз, тактика.

У новорожденного с первых минут после рождения отмечается вынужденное положение правой ручки: она неподвижно лежит вдоль туловища. При пеленании – выраженное беспокойство ребенка. Предположительный диагноз? Дополнительное обследование? Тактика педиатра родильного дома.

Ребенок 5 лет упал с опорой на разогнутую и приведенную руку, после чего почувствовал боль в области лучезапястного сустава. Хирург ЦРБ осмотрел ребенка, выявил локальную болезненность в нижней трети предплечья без деформации конечности, крепитации и патологической подвижности. Рентгенологического исследования не проводилось. Поставив диагноз ушиба лучезапястного сустава, врач наложил тугую повязку, рекомендовал покой, холод на место ушиба, в дальнейшем – согревающие компрессы. Какую ошибку допустил принимающий врач? Какое обследование необходимо ребенку? Предположительный диагноз и тактика?

Ребенок З. 13 лет во время тренировки получил травму. Жалобы на боли в области левого надплечья. Отмечается ограничение функции левой верхней конечности. В области левой ключицы целостность кожных покровов не нарушена, гематома, припухлость, пальпация болезненна. Произведена рентгенография левой ключицы в прямой проекции. Проведите анализ представленных рентгенограмм, дайте заключение. Поставьте клинический диагноз и назначьте лечение.

Ребенок 10 лет поскользнулся и упал с опорой на левую вытянутую и отведенную руку. Почувствовал резкую боль в области левого лучезапястного сустава и увидел деформацию своей руки в нижней трети предплечья. Прохожие вызвали скорую помощь, врачом которой ребенок был доставлен в детскую хирургическую клинику. При поступлении: левая рука в транспортной шине Крамера от кисти до в/3 плеча. При осторожном снятии одежды видно, что имеется штыковидная деформация левого предплечья в н/3, активные движения отсутствуют, пассивные – резко болезненны. На выполненной рентгенограмме следующая картина.



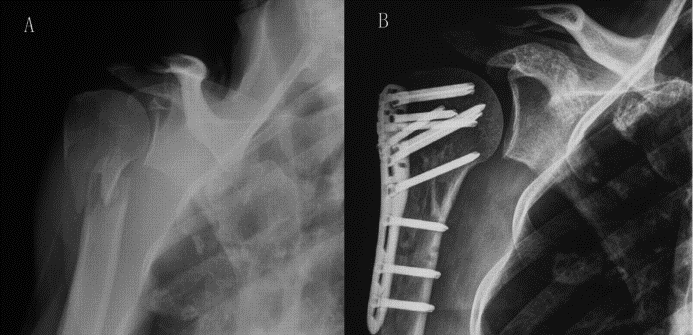
Ваш диагноз? Лечебная тактика? Техника репозиции денного перелома, иммобилизация, её сроки.

Мальчик 7 лет, играя на даче, упал с дерева с высоты около 1,5 метров на правую руку. Почувствовал резкую боль в с/3 предплечья и увидел деформацию руки в этом месте. Родители прибинтовали предплечье к дощечке и доставили больного ребенка в детский травмпункт к дежурному врачу. При обращении: жалобы на боли и деформацию правого предплечья, невозможность движений в данной руке. Объективно: правое предплечье деформировано под углом, укорочено. Пальпация в с/3 резко болезненна, имеется патологическая подвижность. Дежурный врач сделал рентгенограмму правого предплечья с захватом локтевого и лучезапястного суставов.



Поставьте клинический диагноз. Выберите дальнейшую тактику лечения данного больного с учетом возможных осложнений.

Двенадцатилетний мальчик, играя в футбол в летнем лагере, в один из моментов ударился областью правого плечевого сустава о штангу ворот. Сразу почувствовал резкую боль и правая рука повисла вдоль туловища. Появилась деформация в верхней трети плеча, припухлость, поднять и отвести руку не мог. Врач лагеря прибинтовал правую руку к туловищу и отвез ребенка в детскую хирургическую клинику.

При осмотре: правый плечевой сустав деформирован, увеличен в объеме, активные движения в правой руке отсутствуют, пассивные – резко болезненны. В подмышечной впадине пальпируется верхний край костного отломка. На ренгенограмме правого плечевого сустава следующая картина.

Поставьте диагноз? Выберите тактику лечения данного больного с характеристикой каждого этапа врачебного действия.

Во время игры в футбол мальчик 11 лет упал на разогнутую руку и почувствовал резкую боль в области правого локтевого сустава, где возникла выраженная деформация. Ребенок поддерживает травмированную конечность здоровой рукой, активные движения невозможны из-за болей. Вы – врач скорой помощи. Ваш предварительный диагноз и объем неотложной помощи на догоспитальном этапе?

Ребенок трех лет шел по улице с мамой, споткнулся и стал падать. Мама резко потянула ребенка за руку и удержала его от падения, но в ту же минуту ребенок стал жаловаться на боль в руке. Внешне форма локтевого сустава не изменилась. Движения в локтевом суставе ограничены, пронация и супинация невозможны из-за болей. Ваш диагноз, лечебная тактика?

Ребенок 8 лет лечился в районной больнице по поводу перелома с/3 локтевой кости. Через 3 недели сняли гипсовую повязку и обнаружили, что движений в локтевом суставе нет. Попытки разработать сустав безуспешны. При консультации в травматологическом отделении ЦДХ на контрольной рентгенограмме обнаружено, что перелом локтевой кости консолидирован, но линия Смита в боковой проекции локтевого сустава проецируется выше головчатого возвышения плечевой кости. Какая ошибка при первичном обследовании ребенка была допущена? Причина этой ошибки? Что делать?

Мальчик 13 лет, отражая во время игры согнутой в локтевом суставе рукой удар палкой, получил удар в области средней трети предплечья. При осмотре: болезненность в проекции локтевой кости, пальпаторно на границе средней и верхней ее трети определяется уступообразная деформация. Припухлость и локальная болезненность в проекции локтевого сгиба. Активные движения невозможны. Неврологических и сосудистых нарушений в дистальных отделах предплечья и кисти не определяется. Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите план дальнейшего обследования и лечения.

При падении на согнутый локоть ребенок почувствовал резкую боль в нижнем отделе правого плеча. Область локтевого сустава увеличена в объеме. Ось плеча внизу отклонена кпереди. На задней поверхности плеча соответственно вершине угла этого искривления прощупывается конец костного отломка. Движения в локтевом суставе резко болезненны. Назовите наиболее вероятный характер повреждения. Как соотносятся между собой в данном случае треугольник Гютера и признак Маркса?

Вы, врач детского травмпункта, диагностировали у ребенка 4 лет подвывих головки правой лучевой кости. Ваши дальнейшие действия: вид обезболивания, механизм вправления подвывиха, критерии вправления, иммобилизация.

Десятилетний мальчик катался на велосипеде, упал, ударился животом о руль. Почувствовал боль в левом подреберье. Ребенок самостоятельно пришел домой. Через несколько часов усилились боли в животе, стали иррадиировать в левое надплечье. Была двукратная рвота. Мальчик все время занимал вынужденное положение на левом боку. Температура тела - 37,6 С, тахикардия, АД -90/60 мм рт.ст. Стул и мочеиспускание в норме. При осмотре: в левом подреберье определяется ригидность мышц, болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Каков Ваш предварительный диагноз, план обследования на госпитальном этапе, тактика лечения.

Восьмилетняя девочка каталась на санках с горки, упала и ударилась о кочку левой половиной живота. Почувствовав боль в левом подреберье, ребенок самостоятельно пришел домой. Через 3 часа боль в животе усилилась, была однократная рвота. Девочка стала бледной, отказывалась вставать, есть. Обеспокоенные родители вызвали скорою помощь, которая и доставила ребенка в приемное отделение центра детской хирургии.

Осмотрена дежурным детским хирургом. Бросается в глаза бледность ребенка. Температура тела – 37,2о. Жалуется на боли в левом подреберье, иррадиирующие в левое надплечье и левую лопатку. Лежит на левом боку, при просьбе сесть или повернуться на правый бок занимает прежнее положение. Пульс – 130 в 1 мин, АД – 85/60 мм рт.ст. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, перкуторно печеночная тупость сохранена, жидкости в отлогих местах не определяется. При пальпации живот мягкий, резко болезненный в левом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга не выражен. Мочилась самостоятельно – моча светлая, без примеси крови.

Вы – дежурный хирург.

Вопросы. Каков ваш предварительный диагноз? В какое отделение госпитализируете данную больную? Составьте план ближайших диагностических мероприятий. Показания к консервативному лечению? Показания к экстренной операции, тактика во время операции?

Ребенок упал с дерева, ударившись левым боком о камень. Сознания не терял. Домой дошел самостоятельно. Доставлен в стационар через 2 часа. Состояние тяжелое, АД 60/50, пульс 120 в минуту. В анализе крови Нв - 78 г/л, в общем анализе мочи эритроциты сплошь в поле зрения.

Ваш диагноз? План обследования. Лечебная тактика.

Ребенок 6 лет упал с велосипеда на бордюр, ударившись промежностью. При поступлении жалуется на боли в промежности, невозможность мочеиспускания. Объективно - определяется болезненность внизу живота, мочевой пузырь до пупка.

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Ваша тактика?

Ребенок 5 лет поступил с автотравмой. Состояние тяжелое, в сознании. Жалуется на разлитые боли по всему животу, больше внизу живота. При осмотре - в области промежности припухлость, пастозность тканей. При пальпации живот напряжен, болезненный, положительные симптомы раздражения брюшины. Из уретры выделятся кровь каплями.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимы. Ваша лечебная тактика.

Больной 14 лет доставлен в клинику по поводу боли левой поясничной области, возникшей после падения и ушиба левой поясничной области. Из анамнеза известно, что после травмы дважды была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальные. Со стороны органов грудной клетки и брюшной полости патологических изменений нет. Имеется небольшая припухлость в левой поясничной области.

Ваш предварительный диагноз, план обследования, лечебная тактика?

В клинику детской хирургии бригадой «Скорой помощи» с места автомобильной аварии доставлен ребенок 9 лет. Мальчик был сбит автомобилем при переходе улицы.

Жалобы на боли в животе, головокружение, слабость. Анамнез жизни не известен.

Общий статус: состояние тяжелое, сознание сохранено, амнезии нет, адекватен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки чистые, бледные. АД 70/40 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены, тахикардия до 120 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, мягкий, частота та же. В легких без особенностей.

St. localis: живот увеличен в объеме, в дыхании почти не участвует, резко болезненный при пальпации, выражены симптомы Щеткина-Блюмберга, Хедри, Вейнерта. Печеночная тупость сохранена, в брюшной полости перкуторно отмечается притупление в отлогих местах.

Срочно сделан развернутый анализ крови: эритроциты 1,8\*1012\л; НЬ 63 г\л; ЦП 0,9; лейкоциты 15,8\*109\л; п/я 4 %; с\я 68%; лимфоциты 20%; моноциты 4%; ретикулоциты 4%; СОЭ 12 мм\час.

Биохимический анализ крови: соответствует возрастной норме.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый; реакция слабокислая; плотность 1018; эритроцитов нет; лейкоциты - 1-2 в поле зрения.

1.Какой диагноз можно предположить?

2.Какие дополнительные исследования, по вашему мнению, следовало бы еще провести?

3.Какова диагностическая ценность КТ, других рентгенологических методов, УЗИ? Надо ли их проводить?

4.Какую информацию даст ректальное пальцевое обследование?

5.Интерпретируйте результаты анализов крови и мочи;

6.Обоснуйте предполагаемый Вами диагноз. Назовите основные синдромы.

8.Проведите дифференциальную диагностику;

9.Сформулируйте принципы лечения;

10.Каким должен быть объем хирургического пособия?

**Проверка практических навыков**

Проверка практических навыков на этих занятии заключается в умении ординаторов описать рентгенограмму повреждения костей детского возраста. Представлены рентгенограммы:

1. Переломы ключицы.
2. Переломы плечевой кости (шейки).
3. Переломы диафиза плечевой кости.
4. Надмыщелковые переломы.
5. Переломы костей предплечья.
6. Чрезмыщелковый сгибательный перелом плечевой кости
7. Чрезмыщелковый разгибательный перелом плечевой кости
8. Вывих костей предплечья
9. Вывих костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка
10. Эпифизеолиз головки лучевой кости
11. Перелом шейки лучевой кости
12. Повреждение Монтеджа
13. Апофизеолиз внутреннего надмыщелка
14. Перелом локтевого отростка

Практическая манипуляция: вправление подвывиха головки лучевой кости.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Симуляционный курс»**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Проверка практических навыков**  **Анализ рентгенограмм** | Для оценки качества описания предложенной рентгенограммы мы используем примерную схему, подходящую к различным рентгенологическим методам.   1. Область исследования 2. Метод исследования (обзорная рентгенография, исследование с контрастированием и т.д) 3. Проекция снимка 4. Оценка качества рентгенограммы 5. Сравнительная оценка легочных полей (площадь, форма, прозрачность) 6. Состояние средостения 7. Положение кости (обычное, смещение вследствие вывиха или подвывиха) 8. Наружные контуры кости с учетом анатомических особенностей (ровные или неровные, четкие или нечеткие) 9. Реакция надкостницы 10. Костная структура 11. Описание костных отломков 12. Условия проведенного рентгеноурологического исследования (экскреторная урография, цистография и т.д.) 13. Форма, положение, взаиморасположение и размеры почек 14. Состояние чашечно-лоханочной системы 15. Наличие пузырно-мочеточникового рефлюкса   **5 баллов** выставляется за правильные ответы на все оценочные критерии  **4 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 75% оценочных критериев  **3 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25 - 50% оценочных критериев  **2 балла** выставляется за правильные ответы более, чем на 25% оценочных критериев |
| **Прием практических навыков** | Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Оценка «Не зачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения. |