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**

ДЕТСКАЯ УРОАНДРОЛОГИЯ

по направлению подготовки (специальности)

**31.08.16 ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности*) 31.08.16 детская хирургия*

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22»июня 2018

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине 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 зачёта.

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:**

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками

ПК-5 - готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-6 - способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

Рабочая программа по детской уроандрологии для специальности 31.08.16 Детская хирургия содержит 1 модуль. В конце изучения модуля проводится итоговое занятие. Для оценки текущей успеваемости в пределах одного модуля используются следующие формы контроля: тестирование, устный опрос, проверка истории болезни, 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 студентами самостоятельно.

**тема 1.** Тема «**Грыжи передней брюшной стенки: пупочные, паховые. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Крипторхизм. Синдром «отёчной мошонки»».**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**ТЕСТЫ**

**для входного контроля по детской хирургии по теме:**

*«Грыжи передней брюшной стенки: пупочные, паховые. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Крипторхизм. Синдром «отёчной мошонки»*

**Укажите один правильный ответ**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Об остро возникшей кисте элементов семенного канатика свидетельствуют | А) отсутствие яичка в мошонкеБ) беспокойство и подъем температурыВ) наличие мягкого эластического образования по ходу семенного канатика и прозрачной жидкости при диафаноскопииГ) гиперемия мошонкиД) гиперемия и болезненность в паховой области |
| 2. Для обследования ребенка младшего возраста, страдающего абдоминальным крипторхизмом, в первую очередь следует выполнить | А) пневмопельвиографиюБ) ультразвуковое исследованиеВ) радиоизотопное сканирование с Тс90Г) проба с ХГД) лапароскопию |
| 3. Для остро развившейся водянки оболочек яичка наиболее характерным симптомом является | А) появление припухлости в одной половине мошонкиБ) ухудшение общего состоянияВ) подъем температурыГ) резкая болезненность при пальпации мошонкиД) гиперемия кожи мошонки |
| 4. Для перекрута яичка в мошонке характерны | А) постепенное начало, слабо выраженный болевой синдром, гипертермияБ) внезапное начало, затем светлый промежуток, гиперемия, постепенное нарастание отека, флюктуацияВ) внезапное начало, выраженный отек, гиперемия мошонки, болевой синдром, подтянутое яичко, утолщенный семенной канатикГ) умеренная гиперемия и отек мошонки без болевого синдрома, крепитацияД) симптоматика зависит от возраста |
| 5. Осложнения в послеоперационном периоде лечения кисты семенного канатика связаны | А) с возрастом ребенкаБ) с сопутствующими порокамиВ) с техническими погрешностямиГ) с запоздалой операциейД) с предшествующими пункциями |
| 6. С каким состоянием не следует дифференцировать перекрут гидатиды яичка | А) орхоэпидидимитБ) перекрут яичкаВ) аллергический отек мошонкиГ) ущемленная паховая грыжаД) рожистое воспаление мошонки |
| ?. Оптимальным возрастом начала хирургического лечения крипторхизма считают | А) период новорожденностиБ) 6 мес. – 1 годВ) 2 – 5 летГ) 6 – 9 летД) начиная с 10 лет |
| 8. Показанием к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи является | А) частое ущемлениеБ) возраст после двух летВ) установление диагнозаГ) возраст после 5 летД) диаметр выпячивание свыше 3 см |
| 9. Наиболее часто встречаемое острое заболевание яичка  | А) перекрут гидатиды яичкаБ) перекрут яичкаВ) орхоэпидидимитГ) флегмона ФурньеД) травматический разрыв яичка |
| 10. Лечение больного 2 лет с кистой элементов семенного канатика включает  | А) пункцию элементов семенного канатикаБ) рассечение оболочекВ) операцию ГроссаГ) операцию ВинкельманаД) иссечение оболочек яичка |
| 11. Наиболее характерным симптомом паховой грыжи является | А) тошнота и рвотаБ) подъем температурыВ) эластическое выпячивание в паховой областиГ) боли в животеД) плохой аппетит |
| 12. Пункция оболочек яичка показана при | А) кисте семенного канатикаБ) перекруте яичкаВ) орхоэпидидимитеГ) напряженной водянке оболочек яичкаД) идиопатическом отека мошонки |
| 13. У ребенка одного года пупочная грыжа. Дефект составляет около 0,5 см. Общее состояние не страдает. Ему следует рекомендовать | А) экстренное оперативное вмешательствоБ) операцию в плановом порядке по достижению 2-х летВ) наблюдение в динамикеГ) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоровД) массаж, укрепление мышц передней брюшной стенки, профилактику запоров, стягивание краев пупочного кольца лейкопластырем |
| 14. Дифференциальную диагностику неосложненной пахово-мошоночной грыжи чаще приходится проводить с | А) орхитомБ) водянкой оболочек яичкаВ) варикоцелеГ) перекрутом гидатиды МорганьиД) орхоэпидидимитом |
| 15 При пупочной грыже, не вызывающей нарушений общего состояния ребенка, оперировать следует | А) по установлении диагнозаБ) до 1 годаВ) до 2-х летГ) после 3-х летД) после пяти лет |
| 16. Лечение ненапряженной водянки оболочек яичка у больного до 1,5 лет предусматривает | А) оперативное лечение в экстренном порядкеБ) наблюдение до 3 – 4 летВ) наблюдение до 1,5 – 2 летГ) пункциюД) физиотерапию |
| 17. Лечение больного 2-х лет с ненапряженной водянкой оболочек яичка предусматривает  | А) наблюдение в динамикеБ) пункцию оболочек яичка с эвакуацией жидкостиВ) повторные пункции с введением гидрокртизонаГ) оперативное лечение в плановом порядке Д) назначение гормональных препаратов |
| 18. У мальчика 2-х лет появилась болезненная припухлость в правой паховой области, спускающаяся в правую половину мошонки. Со слов матери, эта припухлость появилась сутки назад. | А) водянка оболочек яичкаБ) ущемленная паховая грыжаВ) остро развившаяся водянка оболочек яичкаГ) ущемленная пахово-мошоночная грыжаД) перекрут яичка |
| 19. У 5-месячного мальчика на фоне ОРВИ 2 часа назад произошло ущемление паховой грыжи. Тактика детского хирурга  | А) неотложная операцияБ) наблюдениеВ) попытка насильственного вправления грыжиГ) премедикация, повторный осмотр через 30 минутД) УЗИ, премедикация, теплая ванна, повторный осмотр через 30 минут |
| 20. Напряженная водянка оболочек яичка у ребенка 1 года требует | А) экстренного оперативного леченияБ) оперативного лечения в плановом порядкеВ) одно-лвукратной пункции, при неэффективности – оперативное лечениеГ) наблюдения в динамике |

Вопрос

Клиника ущемлённой паховой грыжи у детей. Тактика педиатра и хирурга при ущемленной паховой грыже.

Клиническая задача

У мальчика 4 месяцев с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки. При пальпации в мошонке определяется опухолевидное эластическое безболезненное образование с ровными контурами, не вправляющееся в брюшную полость. К вечеру образование несколько увеличивается в размерах. Наружное паховое кольцо не расширено.

**Тема 2. Особенности детской онкологии. Доброкачественные опухоли у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме:**

*«Особенности детской онкологии.*

*Доброкачественные и злокачественные опухоли у детей*»

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: | А) мезенхимальноеБ) эпителиальное |
| 2. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при: | А) саркомахБ) эпителиальных типах рака |
| 3. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: | А) рентгенографиюБ) УЗИВ) исследование онкомаркеровГ) комплекс (УЗИ, рентгенография, КТ, ангиография)Д) морфологическое исследование ткани опухоли |
| 4. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы: | А) первое полугодие жизниБ) у взрослыхВ) после 1-го годаГ) в 7 – 10 летД) в период полового созревания |
| 5. Лимфангиомы лечатся: | А) консервативно (наблюдение)Ь) гормонотерапиейВ) хирургическиГ) эндоваскулярноД) рентгенотерапией |
| 6. Дермоиды чаще всего встречаются в области: | А) грудинно-ключично-сосцевидной мышцыБ) крестцово-копчиковойВ) височной, надбровнойГ) верхней конечностиД) нижней конечности |
| 7. Тератому крестцово-копчиковой области необходимо дифференцировать: | А) гемангиомойБ) опухолью ВильмсаВ) спинно-мозговой грыжейГ) лимфангиомойД) нейробластомой |
| 8. Дермоидные кисты лечатся: | А) консервативно (наблюдение)Б) гормонотерапиейВ) хирургическиГ) эндоваскулярноД) рентгенотерапией |
| 9. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: | А) сразу после рожденияБ) после 1 годаВ) до 3-х месяцевГ) после 3-х летД) с 3 до 6 месяцев |
| в следующих заданиях выберите **все** правильные ответы: |
| 10. Ребенок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования: | А) УЗИ почек и мочевого пузыряБ) пневмоирригографиюВ) УЗИ образованияГ) рентгенографию костей черепаД) пальцевого ректального исследования |
| 11. Методы выбора при лечении гемангиом: | А) полихимиотерапияБ) криогенное воздействиеВ) склерозирующая терапияГ) эндоваскулярная терапияД) хирургическое удалениеЕ) химиотерапия + лучевая терапия |
| 12. Для детского возраста характерны: | А) рак желудкаБ) лейкозВ) рак поджелудочной железыГ) нефробластома (опухоль Вильмса)Д) саркома Юинга |
| 13. Назовите источники роста нейрогенных опухолей: | А) симпатические ганглииБ) белое вещество головного мозгаВ) периферические лимфоузлыГ) мозговое вещество надпочечниковД) оболочки периферических нервов |
| 14. Перечислите доброкачественные опухоли мягких тканей: | А) дермоидные кистыБ) тератобластомаВ) гемангиомаГ) опухоль ВильмсаД) лимфангиома |
| 15. Хирургическому удалению подлежат: | А) лимфангиомыБ) лимфогрануломатозВ) нефробластомаГ) лимфосаркомаД) гепатобластома |
| 16. Для нейробластомы характерна локализация: | А) переднее средостеньеБ) забрюшинное пространствоВ) малый тазГ) брюшная полостьД) заднее средостенье |
| 17. Чаще лимфангиома локализуется в области: | А) ягодицБ) головыВ) подмышечной впадиныГ) подчелюстнойД) средостенья |
| 18. У ребенка перед выпиской из родильного дома на передней брюшной стенке обнаружено образование ярко-красного цвета 2 х 1 см, немного возвышающееся над поверхностью кожи. Какова лечебная тактика: | А) срочная операцияБ) динамическое наблюдениеВ) гормональная терапия Г) в случае интенсивного роста – склерозирующая терапияД) близкофокусная рентгенотерапия |
| В следующих заданиях установите **соответствие**: |
| 19. Нозологические группы:1. Нефробластома, нейробластома.2. Остеогенная саркома.Возраст:А) 0 – 4 годаБ) 6 – 7 летВ) подростковый | Ответы:1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 20. Вид опухоли:1. Остеогенная саркома2. Саркома ЮингаЛокализация:А) диафизы длинных трубчатых костейБ) эпифизы длинных трубчатых костейВ) крупные суставыГ) метафизы длинных трубчатых костейД) мелкие суставы | Ответы:1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Вопросы для устного опроса**

* 1. Особенности детской онкологии, классификация доброкачественных опухолей.
	2. Доброкачественные опухоли мягких тканей.
	3. Гемангиомы: классификация, диагностика, методы лечения.
	4. Лимфангиомы: классификация, локализация, дифференциальная диагностика, методы лечения.
	5. Тератома крестцово-копчиковой области – эмбриогенез.
	6. Классификация ККТ, дифференциальная диагностика, лечение.
	7. Доброкачественные опухоли костей.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. У ребенка, рожденного с массой тела 3220 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребенка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальное отверстие смещено опухолью кпереди. Меконий отошел, ребенок мочился. Ваш предположительный диагноз? План обследования и тактика лечения?
2. У ребенка в родильном доме на передней брюшной стенке обнаружено образование красного цвета размерами 2 х 2 см, немного возвышающееся над поверхностью кожи. При надавливании образование бледнеет, затем восстанавливает первоначальный вид. Предварительный диагноз? Тактика?
3. К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенное нарастание болей в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение месяца. При осмотре в дистальном отделе бедра выявлено опухолевидное образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли на 3 см больше левого. Температура тела нормальная. В анализе крови: Hb – 96 г/л; лейкоциты – 6,5х109/л; СОЭ – 56 мм/час.

Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?

1. Ребенок поступил в клинику в возрасте 6 месяцев с обширной ангиомой околоушной области. Есть элементы изъязвления. Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?
2. У новорожденной девочки родители заметили на передне-боковой поверхности шеи припухлость веретенообразной формы. Пальпация безболезненна. Каких-либо признаков воспаления в этой области нет, кожа над припухлостью не изменена.

Выскажите свои предположения о возможном диагнозе? Предложите рациональную лечебную тактику.

1. Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в верхних отделах заднего средостенья справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника. Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.
2. На прием к участковому педиатру пришли родители с ребенком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребенок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном обследовании грубой патологии врач не выявил. Ребенок обследован в тот же день в условиях поликлиники. При рентгенографии органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого легкого определяются три тени округлой формы с четкими контурами, диаметром 1 – 1,5 см. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции левого надпочечника обнаружено объёмное образование размером 3 х 4 см, бугристое, с плотными включениями.

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации? Каковы дальнейшие действия педиатра?

1. У ребенка 3-х месяцев на боковой поверхности живота обнаружено опухолевидное образование размером 3 х 3 см, располагающееся в подкожной клетчатке и иеющее дольчатое строение. Кожа над ним не изменена, но через кожу просвечивается конгломерат синеватого цвета. Какой-либо пульсации над опухолью не определяется, но кожа на ощупь несколько теплее окружающих тканей. При надавливании опухоль несколько уменьшается, но затем восстанавливает свои размеры. Предположительный диагноз? Тактика педиатра и детского хирурга?

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования органов грудной клетки, экскреторной урографии и данных КТ.

**Тема 3. Злокачественные опухоли у детей.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме:**

*«Злокачественные опухоли у детей*»

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение: | А) мезенхимальноеБ) эпителиальное |
| 2. Прогноз при современном лечении злокачественных опухолей лучше при: | А) саркомахБ) эпителиальных типах рака |
| 3. Для установления окончательного диагноза злокачественной опухоли выполняют: | А) рентгенографиюБ) УЗИВ) исследование онкомаркеровГ) комплекс (УЗИ, рентгкнография, КТ, ангиография)Д) морфологическое исследование ткани опухоли |
| 4. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы: | А) первое полугодие жизниБ) у взрослыхВ) после 1-го годаГ) в 7 – 10 летД) в период полового созревания |
| 5. Лимфангиомы лечатся: | А) консервативно (наблюдение)Б) гормонотерапиейВ) хирургическиГ) эндоваскулярноД) рентгенотерапией |
| 6. Дермоиды чаще всего встречаются в области: | А) грудинно-ключично-сосцевидной мышцыБ) крестцово-копчиковойВ) височной, надбровнойГ) верхней конечностиД) нижней конечности |
| 7. Тератому крестцово-копчиковой области необходимо дифференцировать: | А) гемангиомойБ) опухолью ВильмсаВ) спинно-мозговой грыжейГ) лимфангиомойД) нейробластомой |
| 8. Прогноз лучше при саркоме Юинга при поражении | А) длинной трубчатой костиБ) костей таза |
| 9. Крестцово-копчиковую тератому оперируют в возрасте: | А) сразу после рожденияБ) после 1 годаВ) до 3-х месяцевГ) после 3-х летД) с 3 до 6 месяцев |
| В следующих заданиях выберите **все** правильные ответы: |
| 10. Ребенок с тератомой крестцово-копчиковой области требует обследования: | А) УЗИ почек и мочевого пузыряБ) пневмоирригографиюВ) УЗИ образованияГ) рентгенографию костей черепаД) пальцевого ректального исследования |
| 11. Из нейрогенных опухолей злокачественными являются | А) нейробластомаБ) ганглионевромаВ) симпатогониомаГ) ганглиогейробластома |
| 12. Для детского возраста характерны: | А) рак желудкаБ) лейкозВ) рак поджелудочной железыГ) нефробластома (опухоль Вильмса)Д) саркома Юинга |
| 13. Назовите источники роста нейрогенных опухолей: | А) симпатические ганглииБ) белое вещество головного мозгаВ) периферические лимфоузлыГ) мозговое вещество надпочечниковД) оболочки периферических нервов |
| 14. При остеогенной саркоме прогноз неблагоприятный, если поражены | А) кости таза, позвонкиБ) длиная трубчатая костьВ) метастазами легкиеГ) метастазами лимфоузлыД) метастазами другие кости |
| 15. Хирургическому удалению подлежат: | А) лимфангиомыБ) лимфогрануломатозВ) нефробластомаГ) лимфосаркомаД) гепатобластома |
| 16. Для нейробластомы характерна локализация: | А) переднее средостеньеБ) забрюшинное пространствоВ) малый тазГ) брюшная полостьД) заднее средостенье |
| 17. Чаще лимфангиома локализуется в области: | А) ягодицБ) головыВ) подмышечной впадиныГ) подчелюстнойД) средостенья |
| 18. Укажите признаки, характерные для нефробластомы | А) синдром малых признаковБ) макрогкматурияВ) увеличение животаГ) манифестация опухоли в 9-12 летД) манифестация опухоли в 0 – 4 года |
| 19. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме | А) литическая деструкцияБ) бластическая деструкцияВ) смешанная деструкцияГ) однослойный периостальный козырекД) симптом «луковичной кожуры»Е) наличие мягкотканного компонента |
| 20. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга | А) литическая деструкцияБ) бластическая деструкцияВ) смешанная деструкцияГ) однослойный периостальный козырекД) симптом «луковичной кожуры»Е) наличие мягкотканного компонента |

**Вопросы для устного опроса**

1. Особенности детской онкологии, классификация злокачественных опухолей
2. Злокачественные опухоли костей.
3. Остеогенная саркома: клиника, диагностика.
4. Дифференциальная диагностика остеогенной саркомы.
5. Саркома Юинга: понятие, локализация, особенности клинического течения.
6. Диагностика саркомы Юинга.
7. Принципы лечения злокачественных опухолей костей у детей, результаты.
8. Нефробластома (опухоль Вильмса): происхождение, классификация, клиника, пути метастазирования.
9. Дифференциальная диагностика опухоли Вильмса.
10. Нейробластома у детей: происхождение, локализация, клиника, диагностика.
11. Принципы лечения нефробластомы и нейробластомы, результаты.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. В отделение областной детской больницы поступил ребенок 5 месяцев, у которого случайной находкой при УЗИ стала опухоль левой почки. Составьте план стационарного обследования данного больного? Лечебная тактика?
2. К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенное нарастание болей в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение месяца. При осмотре в дистальном отделе бедра выявлено опухолевидное образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли на 3 см больше левого. Температура тела нормальная. В анализе крови: Hb – 96 г/л; лейкоциты – 6,5х109/л; СОЭ – 56 мм/час.

Каковы ваши предварительный диагноз, план обследования и лечения?

1. Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевидное образование в верхних отделах заднего средостенья справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника. Каков предположительный диагноз? Какова должна быть тактика педиатра? Составьте план обследования данного больного.
2. На прием к участковому педиатру пришли родители с ребенком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребенок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном обследовании грубой патологии врач не выявил. Ребенок обследован в тот же день в условиях поликлиники. При рентгенографии органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого легкого определяются три тени округлой формы с четкими контурами, диаметром 1 – 1,5 см. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции левого надпочечника обнаружено объёмное образование размером 3 х 4 см, бугристое, с плотными включениями.

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации? Каковы дальнейшие действия педиатра?

1. На приеме у участкового врача мать ребенка 8 месяцев заявила, что она во время купания определила у своей девочки необычное образование в правой половине живота. При осмотре врачом ребенок сильно беспокоился, определить какое-либо образование не удалось. Предположив, что мать, вероятно, прощупала у ребенка край печени, врач успокоила ее и отпустила домой. Как вы оцените тактику участкового педиатра?
2. 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.

1. В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечены дефигурация конечности: отек с/3 правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии выявлен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков по длине и ширине. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе бедренной кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз и составьте план обследования данной больной.

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгенологического обследования костей, органов грудной клетки, экскреторной урографии и данных КТ.

**Тема 4. Алгоритм урологической диагностики в педиатрии. Аномалии почек у детей. Гидронефроз.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме:**

*«Алгоритм урологической диагностики в педиатрии. аномалии почек у детей. Гидронефроз»*

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. Синдром почечной колики характерен для следующего порока развития почек и мочеточника у детей: | А) перемежающийся гидронефрозБ) пузырно-мочеточниковый рефлюксВ) гипоплазия почкиГ) удвоение верхних мочевых путейД) поликистоз почек |
| 2. Дизурию у детей наиболее часто наблюдают при: | А) гидронефрозеБ) нефроптозеВ) мочекаменной болезниГ) поликистозеД) при тромбозе почечной артерии |
| 3. При цистографии у детей чаще всего выявляется: | А) уретероцелеБ) наличие пузырно-мочеточникового рефлюксаВ) наличие незаращенного урахусаГ) наличие пузырно-кишечного свищаД) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 4. Фармакодинамическая проба (УЗИ или внутривенная урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: | А) сморщивание или гипоплазия почкиБ) новообразование или киста почкиВ) ОРВИ или апостематоз почкиГ) пиелоэктазия или гидронефрозД) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь |
| 5. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: | А) пиуриюБ) альбуминуриюВ) микрогематуриюГ) макрогематуриюД) оксалатурию |
| 6. Метод микционной цистографии наиболее информативен для диагностики: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыряБ) гидронефрозаВ) пороков уретры и ПМРГ) удвоения верхних мочевых путейД) нефроптоза |
| 7. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: | А) цистоскопииБ) антеградной урографииВ) микционной цистографииГ) урофлоуметрииД) цистометрии |
| 8. Забрюшинное пространство имеет: | А) два клеточных слояБ) три клеточных слояВ) четыре клеточных слояГ) пять клеточных слоевД) один клеточный слой |
| 9. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием: | А) острая задержка мочиБ) гидронефрозВ) пузырно-мочеточниковый рефлюксГ) недержание мочиД) нейрогенный мочевой пузырь |
| 10. Антеградную пиелографию выполняют для выявления: | А) дивертикула мочевого пузыряБ) наличия пузырно-мочеточникового рефлюксаВ) проходимости пиелоуретерального анастомоза при гидронефрозеГ) опухоли почкиД) кисты почки |
| 11. Для цистографии используют: | А) сергозинБ) сульфат барияВ) верографинГ) сульфат натрияД) тиосульфат натрия |
| 12. Больным с анурией **противопоказано** проведение: | А) обзорной рентгенографии органов брюшной полостиБ) экскреторной урографииВ) цистографииГ) ретроградной пиелографииД) цистоскопии |
| 13. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазии почки позволяет установит: | А) экскреторная урографияБ) компьютерная томографияВ) почечная ангиографияГ) биопсия почкиД) радиоизотопное исследование в динамике |
| 14. Основным признаком гидронефроза считают: | А) наличие обструкции в прилоханочном отделе мочеточникаБ) признаки нарушения сократительной способности лоханкиВ) признаки вторичного пиелонефритаГ) истончение почечной паренхимыД) признаки снижения почечного кровотока |
| 15. Наиболее информативным обследованием для выявления обструкции в прилоханочном отделе мочеточника считают: | А) экскреторную урографиюБ) цистографиюВ) цистоскопиюГ) цистометриюД) УЗИ с определением почечного кровотока |
| 16. Проведение красочной пробы (введение индигокармина в мочевой пузырь) имеет ведущее дифференциально-диагностическое значение для выявления: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыряБ) энурезаВ) эктопии устья добавочного мочеточникаГ) эписпадииД) клапана задней уретры |
| 17. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита возникает: | А) при камне верхней чашечкиБ) при камне лоханкиВ) при корраловидном камне почкиГ) при камне мочеточника Д) при камне мочевого пузыря |
| 18. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен: | А) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек Б) для тотальной эписпадииВ) для клапана задней уретрыГ) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыряД) двустороннего уретероцеле |
| 19. Назовите самую частую врожденную аномалию мочевых путей: | А) поликистоз почекБ) удвоение верхних мочевых путейВ) врожденный гидронефрозГ) дистопия почекД) добавочная 3-я почка |
| 20. Какую роль в этиологии хронического пиелонефрита играет обструкция мочевых путей | А) доминируюшуюБ) никакуюВ) встречается в 25% случаевГ) только у девочекД) только у мальчиков |

**Вопросы для устного опроса**

1. С чем связана необходимость ранней диагностики пороков развития почек?
2. Назовите стадии развития почек
3. Что такое пронефрос?
4. Когда появляется мезонефрос, где он располагается и из чего состоит?
5. Как развивается метанефрос?
6. Опишите процесс восхождения почек, когда он начинается?
7. Какие аномалии количества почек Вы знаете?
8. Какие виды дистопии почек Вы знаете?
9. Назовите аномалии взаимоотношения почек.
10. С чем связано возникновение подковообразной почки?
11. Какие аномалии относятся к аномалиям величины и структуры почки?
12. Назовите признаки полного удвоения почек и мочеточников.
13. Где располагается устье добавочного мочеточника удвоенной почки? Какое это может иметь клиническое значение?
14. Назовите возможные варианты эктопии мочеточников у девочек.
15. Методы лабораторного исследования в детской урологии
16. Методы рентгенодиагностики при урологических заболеваниях
17. Методы оценки функции почек у детей
18. Техника экскреторной урографии
19. Техника цистоуретрографии
20. Оценка полученных результатов
21. Что такое гидронефроз?
22. Причины врожденного гидронефроза.
23. Клинические симптомы гидронефроза.
24. Алгоритм диагностики гидронефротической трансформации почек.
25. Методы лечения гидронефроза.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?
2. Вы – неонатолог родильного дома. Внутриутробно на 32-й неделе беременности при УЗИ у плода диагностировано расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек до 14 мм. После рождения этот диагноз подтвержден. Анализ мочи нормальный. Ваш предварительный диагноз, план обследования и тактика лечения?
3. Девочка 7 лет была госпитализирована по поводу болей в животе. В процессе наблюдения диагноз острого аппендицита был исключен. При УЗИ почек справа выявлено расширение чашечно-лоханочной системы. Анализ мочи в норме. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
4. 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.
5. У физически нормально развивающейся девочки с рождения отмечается постоянное недержание мочи при сохранении нормального акта мочеиспускания. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
6. 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?
7. 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?
8. У девочки 11 лет астенического телосложения при длительной ходьбе и физической нагрузке нередко начинается приступ болей в правой половине живота. Иногда эта боль бывает настолько острой, что родители вызывают на дом врача скорой помощи. В анализах мочи, выполненных после приступа, определяется микрогематурия. При каких заболеваниях возможна подобная клиническая картина? Какие исследования позволяют установить истинную причину заболевания?
9. В педиатрическом стационаре у мальчика 8 лет с хроническим заболеванием почек внезапно прекратилось мочеиспускание. При обсуждении возможной причины этого состояния мнения врачей разошлись. Одни полагали, что у ребенка анурия, другие считали, что это острая задержка мочи.

Назовите наиболее легко определяемый признак, отличающий анурию от острой задержки мочи?

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных КТ.

**Тема 5. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Уролитиаз у детей. Инфекция мочевых путей.**

Формы текущего контроля успеваемости: письменное тестирование, устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тесты для входного контроля по теме:**

*«Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Уролитиаз у детей. Инфекция мочевых путей.»*

|  |
| --- |
| В следующих заданиях выберите **ОДИН** правильный ответ: |
| 1. Основной причиной развития гипертонии у детей, перенесших травму почки, можно считать | А) вторичное сморщивание почкиБ) вторичное камнеобразованиеВ) девиация мочеточника Г) ложный гидронефроз Д) некротический папиллит |
| 2. Одностороннюю макрогематурию наблюдают | А) при болезни ВерльгофаБ) при узелковомВ) при остром гломерулонефритеГ) при поликистозе Д) при опухоли почки |
| 3. При цистографии у детей чаще всего выявляется: | А) уретероцелеБ) наличие пузырно-мочеточникового рефлюксаВ) наличие незаращенного урахусаГ) наличие пузырно-кишечного свищаД) наличие дивертикула мочевого пузыря |
| 4. Фармакодинамическая проба (УЗИ или внутривенная урография с лазиксной нагрузкой) позволяет уточнить диагноз: | А) сморщивание или гипоплазия почкиБ) новообразование или киста почкиВ) ОРВИ или апостематоз почкиГ) пиелоэктазия или гидронефрозД) ПМР или нейрогенный мочевой пузырь |
| 5. Визуально оценивая выделенную мочу, наиболее достоверно можно определить: | А) пиуриюБ) альбуминуриюВ) микрогематуриюГ) макрогематуриюД) оксалатурию |
| 6. Метод микционной цистографии наиболее информативен для диагностики: | А) нейрогенных дисфункций мочевого пузыряБ) гидронефрозаВ) пороков уретры и ПМРГ) удвоения верхних мочевых путейД) нефроптоза |
| 7. Активный пузырно-мочеточниковый рефлюкс может быть выявлен при: | А) цистоскопииБ) антеградной урографииВ) микционной цистографииГ) урофлоуметрииД) цистометрии |
| 8. Для цистографии используют: | А) сергозинБ) сульфат барияВ) верографинГ) сульфат натрияД) тиосульфат натрия |
| 9. Назовите заболевание, при котором экскреторную урографию считают наиболее информативным исследованием: | А) острая задержка мочиБ) гидронефрозВ) пузырно-мочеточниковый рефлюксГ) недержание мочиД) нейрогенный мочевой пузырь |
| 10. Какую роль в этиологии хронического пиелонефрита играет обструкция мочевых путей | А) доминируюшуюБ) никакуюВ) встречается в 25% случаевГ) только у девочекД) только у мальчиков |
| 11. Диагноз вторично сморщенной почки или гипоплазии почки позволяет установит: | А) экскреторная урографияБ) компьютерная томографияВ) почечная ангиографияГ) биопсия почкиД) радиоизотопное исследование в динамике |
| 12. Наибольшая опасность развития вторичного пиелонефрита возникает: | А) при камне верхней чашечкиБ) при камне лоханкиВ) при корраловидном камне почкиГ) при камне мочеточника Д) при камне мочевого пузыря |
| 13. Симптом постоянного капельного недержания мочи при сохраненном акте мочеиспускания характерен: | А) для эктопии устья добавочного мочеточника у девочек Б) для тотальной эписпадииВ) для клапана задней уретрыГ) для нейрогенной дисфункции мочевого пузыряД) двустороннего уретероцеле |
| 14. В детском возрасте пиелонефрит обычно | А) обструктивныйБ) необструктивныйВ) гнойный |
| 15. Какую роль в этиологии хронического пиенелонефрита играет обструкция мочевых путей | А) доминируюшуюБ) никакуюВ) встречается в 25% случаевГ) только у девочекД) только у мальчиков |
| 16.В лечении больного ребенка с обструкивным пиелонефритом главным является | А) антибактериальная терапияБ) лечение уроантисептикамиВ) устранение обструктивного компонента |
| Укажите **все** правильные ответы |
| 17. При цистите обязательными методами исследования у детей являются | А) УЗИБ) экскреторная урографияВ) урофлоуметрияГ) радиоизотопное исследованиеД) цистографияЕ) цистоскопия |
| 18. Для пиелонефрита характерны | А) лейкоцитурияБ) бактериурияВ) протеинурияГ) расстройства мочеиспускания |
| 19. Для цистита характерны | А) лейкоцитурияБ) бактериурияВ) протеинурияГ) расстройства мочеиспускания |
| 20. При пиелонефрите обязательными методами исследования у детей являются | А) УЗИБ) экскреторная урографияВ) урофлоуметрияГ) радиоизотопное исследованиеД) цистографияЕ) цистоскопия |

**Вопросы для устного опроса**

1. С чем связана необходимость ранней диагностики пороков развития почек?
2. Понятие пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР).
3. Причины и классификация ПМР.
4. Клиника и исходы ПМР.
5. Что такое интраренальный рефлюкс?
6. Диагностика ПМР.
7. Методы лечения: консервативные, оперативные.
8. Этиопатогенез мочекаменной болезни (МКБ).
9. Клиника МКБ.
10. Клиника почечной колики у детей.
11. Методы купирования почечной колики.
12. Лечение МКБ.
13. Основные причины инфекции мочевых путей у детей.
14. Особенности обструктивного пиелонефрита.

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?
2. Врач педиатрического стационара при обследовании девочки 12 лет, длительно страдающей пиелонефритом, обнаружил у нее артериальную гипертензию.

Укажите возможную причину гипертонии у больной и исследования, с помощью которых удается установить истинную причину заболевания у данных больных?

1. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
2. 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.

1. У больного 12 лет наблюдаются сильные боли в правой поясничной области, иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко, и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки.

Предположительный диагноз. Дифференциальная диагностика и план обследования.

1. Девочка 2,5 лет, с пяти месяцев постоянно лечится по поводу рецидивирующего течения пиелонефрита. При ультразвуковом обследовании выявлено двустороннее расширение чашечно-лоханочной системы, видны расширенные мочеточники.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения.

1. Мальчик 12,5 лет, поступил с жалобами на боли в поясничной области, головокружение, урежение мочеиспускания. Болен с рождения: в анализах мочи отмечалась лейкоцитурия (до 10 лейкоцитов в поле зрения), наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38,8°С. Впервые был обследован в стационаре в возрасте 2 лет, диагностирован двухсторонний смешанный ПМР IV-V ст. мегауретер. По поводу этого проведена антирефлюксная операция. В дальнейшем ребенок регулярно наблюдался нефрологом. Неоднократно выявлялась лейкоцитурия и бактериурия. С 12-летнего возраста стали отмечаться подъемы АД, в анализах мочи — нарастающая протеинурия, в биохимическом анализе крови — периодическое повышение уровня мочевины и креатинина. УЗИ почек: контур почек неровный, больше справа. Правая почка — 82×40 мм, паренхима — 10 мм. Левая почка — 96×48 мм, паренхима — 19 мм. Паренхима почек уплотнена, мало структурна, эхогенность неравномерно значительно повышена, больше справа.

**Проверка практических навыков**

 Проверка практических навыков заключается в оценке результатов рентгеноурологического обследования: обзорной рентгенографии мочевой системы, экскреторной урографии, цистографии и данных КТ.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Тестирование** | **«отлично»** – более 91 % правильных ответов**«хорошо»** – 81 – 90% правильных ответов**«удовлетворительно»** – 71 – 80 % правильных ответов**«неудовлетворительно»** – менее 70 % правильных ответов |
| **Устный опрос** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан 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****решение ситуационных** **задач** |  Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется за 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 за 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 за правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, со 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 за неправильный ответ на вопрос задачи. Отсутствуют ответы на дополнительные вопросы. |
| **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

 Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется за правильные ответы на все оценочные критерии Оценка «ХОРОШО» выставляется за правильные ответы более, чем на 75% оценочных критериев Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется за правильные ответы более, чем на 25 - 50% оценочных критериевОценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется за правильные ответы более, чем на 25% оценочных критериев |

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле самостоятельной работы обучающихся**

**Критерии оценки учебной истории болезни**

|  |  |
| --- | --- |
| **Оценка** | **Критерии оценки** |
| **ОТЛИЧНО** | Работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Куратор умеет осознано и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико- диагностических и лечебных аспектов детской хирургии. |
| **ХОРОШО** | Работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы лечения, допуская несущественные ошибки и неточности. |
| **УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** | Работа отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, трактовке симптомов, методах диагностики и/или лечения. |
| **НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО** | Нарушена структура в изложении материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное изложение работы требует поправок, коррекции.В истории болезни студент фрагментарно описывает результаты клинического обследования больного, без осмысления связи между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики и лечения.Содержание истории болезни не отражает патологии курируемого больного. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат аттестации** | **Критерии оценивания** |
| **Зачтено** |  Глубоко и точно усвоил программный материал, четко и логически его излагает, правильно обосновывает принятое решение. Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. |
| **Не зачтено** | Не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, не может принять правильного решения. Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачёта проводится в устной форме по зачётным билетам, которые включают 2 теоретических вопроса и проблемно-ситуационную задачу.

**Перечень вопросов к зачёту по детской уроандрологии**

1. Крипторхизм. Классификация, диагностика, сроки и методы лечения.
2. Водянка оболочек яичка и семенного канатика. Дифференциальная диагностика. Сроки оперативного лечения.
3. Алгоритм урологической диагностики в педиатрии. Рентгенологическая диагностика урологических заболеваний у детей.
4. Экскреторная урография. Показания и противопоказания. Техника выполнения. Клиническая оценка.
5. Врожденный гидронефроз. Этиология, клиника, методы диагностики. Тактика педиатра.
6. Пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Причины, клиника, диагностика. Последствия ПМР. Методы лечения.
7. Уролитиаз у детей. Диагностика, методы лечения. Купирование почечной колики.
8. Злокачественные опухоли костей у детей. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
9. Нефробластома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
10. Нейробластома у детей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
11. Эхинококкоз легкого у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения. Лечение.
12. Эхинококкоз печени у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, осложнения. Лечение.
13. Клиника и диагностика врожденного вывиха бедра у детей до 1-го года. Методы лечения.
14. Клиника и диагностика врожденного вывиха бедра у детей старше 1-го года. Методы лечения.
15. Врожденная мышечная кривошея. Клиника, диагностика, методы консервативного и оперативного лечения.
16. Врожденная косолапость. Клинические признаки. Методы консервативного и оперативного лечения.
17. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса). Стадии заболевания. Клиника, диагностика. Методы лечения.
18. Сколиоз у детей. Классификация, диагностика, консервативное лечение.

**Практические задания для проверки сформированных**

**умений и навыков**

**Проблемно-ситуационные задачи**

1. 2-летний мальчик доставлен в поликлинику с жалобами на беспокойство, боли в животе в течение последних 5 часов. Рвоты не было. При осмотре у мальчика в левой паховой области пальпируется малоподвижное, с четкими контурами эластичное болезненное образование размерами 4 х 6 см. Оба яичка в мошонке. Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники и стационара?
2. У мальчика 1 месяца с рождения обнаружено увеличение правой половины мошонки за счет опухолевидного образования мягко-эластической консистенции, безболезненного, легко вправляемого в брюшную полость с урчанием, но при беспокойстве ребенка появляющегося вновь. Правое паховое кольцо расширено. Ваш диагноз и тактика?
3. Врач педиатрического стационара при обследовании девочки 12 лет, длительно страдающей пиелонефритом, обнаружил у нее артериальную гипертензию. Укажите возможную причину гипертонии у больной и исследования, с помощью которых удается установить истинную причину заболевания у данных больных?
4. Девочке 3 года. В течение последних 2 лет проводится консервативное лечение по поводу рецидивирующего пиелонефрита, но в стационаре ребенок не обследовался. Для уточнения диагноза выполнено рентгенологическое обследование. При цистографии выявлен заброс контрастного вещества в расширенный извитой левый мочеточник и лоханку. Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?
5. 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?

**Образец зачетного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра госпитальной хирургии, урологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре**

**Специальность: 31.08.16 «Детская хирургия»**

**Дисциплина: «Детская уроандрология»**

**Курс обучения: Первый**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

**I.** Задача андрологии – репродуктивное здоровье мужчин. Классификация андрологических расстройств.

**II.** Воспалительные заболевания яичка. Инфекция семевыносящих путей – простатит, инфекционный уретрит

**III.** Задача.

При стационарном исследовании девочки 6 лет, страдающей частыми приступами болей в животе и пиелонефритом, появилась необходимость в рентгеноконтрастном исследовании почек и мочевыводящих путей. Что это за исследования и как они проводятся?

Зав. кафедрой госпитальной хирургии, урологии,

профессор В.С. Тарасенко

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации И.В. Ткаченко

Дата «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и -оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками | **Знать** принципы осуществления диспансерного наблюдения за детьми и подростками;декретированный возраст проведения профилактических осмотров для выявления урологической патологии;сроки оперативного лечения пороков развития и заболеваний, не требующих экстренного лечения | Зачёт;Собеседование.;Тестирование. |
| **Уметь** осуществлять диспансерное наблюдение за детьми и подростками с пороками и заболевания мочеполовой сферы | Зачёт |
| **Владеть** методикой выявления причин, приводящих к мужскому бесплодию;оценкой эффективности диспансерного наблюдения за больными детьми до и после коррекции врожденных и приобретенных заболеваний мочеполовой сферы | Зачёт;Проверка выполнения практических навыков;Решение проблемно-ситуационных задач |
| 3 | ПК – 5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | **Знать** методику сбора и анализа жалоб пациента или его законных представителей с целью установления факта наличия или отсутствия заболевания; роль анамнеза заболевания и жизни больного ребенка в процессе установления факта наличия или отсутствия заболевания; клинические проявления основных хирургических заболеваний, травматических повреждений и пороков развития у детей различного возраста; основные лабораторные показатели, а также методы инструментальных исследований для установления факта наличия или отсутствия заболевания у детей. | Зачёт;Собеседование;Тестирование. |
| **Уметь** получить информацию о заболевании, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость проведения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных и пр.), уметь интерпретировать их результаты; провести дифференциальную диагностику основных хирургических заболеваний в различных возрастных группах, обосновать клинический диагноз. | Зачёт |
| **Владеть** методикой сбора жалоб и анамнеза; физикальными методами обследования детей; методикой анализа результатов лабораторных и инструментальных методов исследования; медицинской терминологией при формулировке диагноза. | Зачёт;Проверка выполнения практических навыков;Решение проблемно-ситуационных задач |
| 4 | ПК-6 Способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | **Знать** основные пороки развития, заболевания и травматические повреждения у детей различных возрастных групп, их классификации; основные симптомы пороков развития, заболеваний и травматических повреждений у детей различных возрастных групп; формулировку основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ – 10. | Зачёт;Собеседование;Тестирование. |
| **Уметь** на основании симптомов выявить у детей различных возрастных групп основные патологические состояния, симптомы и синдромы пороков развития, заболеваний и травматических повреждений; сформулировать диагноз основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ – 10; пользоваться Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г.  | Зачёт |
| **Владеть** способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотр, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения, г. Женева, 1989 г. | Зачёт;Проверка выполнения практических навыков;Решение проблемно-ситуационных задач |