Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 28.01.2026 12:02:31
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e7de679484a4c

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
Костив Е.П. /_____
« 18 » апреля 2025г. № 21

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины Б1.Б.01 Детская хирургия

Специальность	31.08.16 Детская хирургия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере детской хирургии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	хирургии

Владивосток – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.2. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации (программа ординатуры) по специальности 31.08.16 Детская хирургия, направленности 02 Здравоохранение в сфере профессиональной деятельности врачебная практика в области детской хирургии универсальных и профессиональных компетенций (УК- 3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-14).

https://tgmu.ru/sveden/files/aia/31.08.16_Detskaya_xirurgiya(4).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
		Миникейсы
		Доклады (презентации)
		Чек-листы
2	Промежуточная аттестация	Тесты
		Вопросы для собеседования

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме:

Оценочное средство 1. Тесты
Оценочное средство 2. Миникейсы
Оценочное средство 3. Доклады (презентации)
Оценочное средство 4. Чек-листы

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тестовые задания

1. **Профилактикой септических осложнений, хронизации процесса, тяжелых деформаций конечности, инвалидизации детей при остром гематогенном остеомиелите является его ранняя диагностика, а именно в сроки не позже:**
   *2 – 3 дня
   3 – 4 дня
   4 – 5 дней
   5 – 6 дня
   6 – 7 дня

2. **Возрастные периоды, в которые проводятся профилактические медицинские осмотры несовершеннолетних детским хирургом:**

3, 6, 12 мес., 3 года, 6, 16, 17 лет
*1 мес., 12 мес., 3 года, 6, 15, 16, 17 лет
3, 6, 12 мес., 3 года, 6, 16, 17 лет
1, 12 мес., 3 года, 5, 12, 15, 16, 17 лет
1, 6, 12 мес., 6, 15, 16, 17 лет

3. **Наблюдение ребенка с синдромом Беквита-Видеманна требует обязательного проведения диагностических процедур с целью выявления:**
гипогликемии
гидронефроза
*эмбриональной опухоли почки
опухоли ЦНС
ретинобластомы

4. **Послеоперационная летальность – это:**
отношение числа умерших после операции к числу госпитализированных больных;
отношение числа умерших больных к числу выбывших больных;
*отношение числа умерших после операции ко всем оперированным больным;
отношение числа умерших после операции к числу поступивших больных
отношение числа умерших после операции ко всем больным хирургического профиля

5. **У ребенка с острой деструктивной пневмонией на рентгенограмме тотальное затемнение плевральной полости со смещением средостения в здоровую сторону. Вероятный диагноз:**
пиопневмоторакс
ателектаз
буллезная форма легочной деструкции
* напряженный пиоторакс
пиоторакс

6. **Характерным симптомом для срединных кист шеи является:**
боли при глотании
*смещаемость кисты при глотании
расположение над яремной ямкой
плотная консистенция
эластическая консистенция

7. **УЗ - признаками инвагинации кишечника является обнаружение:**
опухолевидного образования в брюшной полости
свободной жидкости в брюшной полости
отсутствие перистальтики кишечника
*симптома «мишени» или «псевдопочки»
расширение петель кишечника

8. **Введение фибринолитических препаратов у детей в лечении ОГДП показано при:**
эксудативном плеврите
пиотораксе
*эмпиеме плевры в стадии гнойно-фибринозного экссудата
пневмотораксе
эмпиеме плевры в стадии организации

9. **Основным условием назначения инфузионной терапии у детей с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии является:**

инфузионная терапия проводится в полном объеме
*инфузионная терапия проводится в объеме не более 50–75% от долженствующего объема
инфузионная терапия проводится в полном объеме + объем кровопотери
инфузионная терапия не проводится
инфузионная терапия проводится в объеме 90 % от долженствующего объема

10. **С целью реабилитации детей после аппендектомии детский хирург рекомендует:**
общий стол, ограничение физической нагрузки в течение 2-х недель
*стол №5 в течение месяца, ограничение физической нагрузки в течение 4 недель
стол №5 в течение месяца, ограничение физической нагрузки в течение 2-х недель
общий стол, ограничение физической нагрузки в течение 2-х недель
стол №4 в течение месяца, ограничение физической нагрузки в течение 4 недель

11. **Согласно клиническим рекомендациям, детский хирург при реабилитации детей перенесших:** адгезиолизис в комплекс противоспаечной терапии включает:
электрофорез с цинком
*электрофорез с коллагеназой
УВЧ
электрофорез с йодистым калием
магнитотерапию

12. **Государственными гарантиями определено, что максимальное время ожидания госпитализации в приемном отделении с момента определения показаний составляет не более:**
30 минут
1 часа
*3-х часов
4-х часов
6-ти часов

13. **При абсцессе легкого с дренированием в бронх оптимальным методом лечения является:**
пункция абсцесса
радикальная операция
*бронхоскопическая санация
дренирование плевральной полости
катетеризация бронха

14. **Основным методом диагностики клапана задней уретры является:**
восходящая уретрография
инфузионная урография
цистометрия
*уретроскопия
урофлоуметрия

15. **Противопоказания к диагностической лапароскопии и лапароскопической аппендектомии:**
перитонит с выраженным парезом ЖКТ (наличие компартмент-синдрома с повышением внутрибрюшного давления более 12 мм рт.ст)
ранний возраст ребенка
противопоказания к карбоксиперитонеуму
верно А, Б
*верно А, В

Критерии оценивания:
«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 2
Миникейсы

Ситуационная задача 1 дисциплины Б1.Б.01 Детская хирургия

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.16	Детская хирургия
К	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
К	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	ПК-14	готовностью к применению эндоскопических технологий в диагностике и лечении детей с хирургической патологией
Ф	A/01.8 B/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	A/02.8 B/02.8	назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
У		*Мальчик 12 лет. Болен двое суток, за медицинской помощью не обращался. Заболевание началось с болей в эпигастрии, локализовавшихся через 12 часов над лоном, была двукратная рвота. На вторые сутки после начала заболевания появилось учащенное мочеиспускание, был трижды жидкий стул без патологических примесей, тенезмы, повысилась температура до фебрильных цифр.* *Осмотр. Ребенок бледный, температура 38,5^{0}С, пульс 130 ударов в минуту. Живот резко болезненный над лоном, там же слабоположительный симптом Щеткина - Блюмберга.* *Анализ крови: Нв – 120 г/л, Er – 3,6 х 1012/л, L – 16,0 х 109/л, п – 4%, с – 76%, л – 24%, м – 6%, СОЭ – 15 мм/ч. Анализ мочи: Удельный вес 1020. Белок 0,033%. При микроскопии лейкоцитов 16 – 20 в поле зрения, эритроциты свежие, единичные*
В	1	Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
В	2	Какие дополнительные симптомы необходимо проверить для подтверждения хирургического заболевания
В	3	Какие дополнительные методы исследования необходимо провести и что от них ожидаете? Ваша тактика в случае неясности диагноза?
В	4	Ваша тактика при подтверждении хирургической патологии на этапе предоперационной подготовки?
В	5	Что такое абсцесс Дугласа? Какова тактика хирурга при абсцессе Дугласа?
Э	1	Между острым аппендицитом с тазовым расположением червеобразного отростка и кишечной инфекцией.
Э	2	Симптомы Ровзинга, Раздольского, Коупа, Образцова
Э	3	а) ректальное исследование: при тазовом расположении червеобразного отростка выявит нависание передней стенки прямой кишки, усиление болезненности; б) УЗИ брюшной полости: позволит выявить червеобразный отросток, который при развитии воспаления в нем определяется как неперистальтирующая тубулярная структура с утолщенными, гипоэхогенными стенками, просвет которой заполнен неоднородным жидкостным содержимым или каловым камнем, скопление жидкости вокруг отростка; обнаружить периаппендикулярный инфильтрат и абсцесс; исключить заболевания других органов. В случае сохраняющейся неясности диагноза необходимо провести диагностическую лапароскопию.
Э	4	а) инфузионная терапия с целью детоксикации и коррекции водно-электролитных нарушений в объеме ¼ суточной потребности жидкости глюкозо-солевыми растворами;

		б) снижение температуры тела (НПВС), в) предоперационная антибиотикопрофилактика за 30 минут до операции (цефалоспарины III поколения). г) длительность предоперационной подготовки не должна превышать 2-х часов.
Э	5	Абсцесс Дугласова пространства представляет собой отграниченные скопления гноя, возникающие в самом низком участке брюшной полости: между мочевым пузырем и прямой кишкой у мальчиков и маткой и прямой кишкой у девочек. Первичный абсцесс Дугласа - абсцесс, сформировавшийся вследствие осложненного течения острого аппендицита. Вторичный абсцесс Дугласа - абсцесс, сформировавшийся вследствие инфицирования экссудата или крови, скопившихся в малом тазу в послеоперационном периоде. При первичном абсцессе Дугласа – аппендектомия, санация и дренирование лапаротомным или лапароскопическим доступом, при вторичном - антибактериальное лечение и вскрытие абсцесса через прямую кишку.
Р	Отлично	Указываются все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо\ удовлетворительно	Хорошо - ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - не перечислены в полном объеме диагностические критерии, предоперационная подготовка.
Р0	Неудовлетворительно	Нет ответа на 1, 2 и вопросы, допущены при ответе множественные ошибки принципиального характера.
А	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

Ситуационная задача 2 дисциплины Б1.Б.01 Детская хирургия

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.16	Детская хирургия
К	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
К	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
Ф	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	А/02.8 В/02.8	назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
У		*Ребенок 4 года. Поступил с жалобами на постоянные сильные боли по всему животу, гипертермию, четырехкратную рвоту, общую слабость, сухость во рту. Заболевание началось 32 часа назад после удара животом о руль велосипеда с появления болей в левой его половине с последующим усилением и распространением по всему животу.* *При осмотре состояние тяжелое, ребенок вялый, адинамичный, кожные покровы и слизистые сухие, температура – 39,2^{0}С, дыхание через нос свободное, ЧД – 32 в минуту, в легких дыхание везикулярное. Пульс умеренного наполнения, 138 ударов в минуту. Живот вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный во всех отделах. Симптомы Щеткина - Блюмберга, Раздольского положительные по всему животу. Печеночная тупость не определяется, печень и селезенку из-за вздутия и напряжения живота пропальпировать не удается, перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было. Диурез снижен.*
В	1	Ваш предварительный диагноз?
В	2	На что указывает отсутствие печеночной тупости
В	3	Какие инструментальные методы исследования позволят подтвердить диагноз и, что ожидаете получить?
В	4	Какое лечение показано ребенку?
В	5	Тактика предоперационной подготовки?
Э	1	Закрытая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Нельзя исключить сочетанное повреждение паренхиматозных органов (поджелудочной железы, печени, селезенки).
Э	2	На наличие свободного газа в брюшной полости, в данной ситуации на разрыв полого органа вследствие травмы.
Э	3	1) Обзорная рентгенография органов брюшной полости в вертикальном положении. Ожидаем визуализировать свободный газ под диафрагмой (симптом «серпа»), а с

		учетом давности заболевания и клиники по условию задачи, признаки пневмоперитонеума - свободный газ и уровень жидкости в брюшной полости. 2). УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства позволит визуализировать наличие свободной жидкости в брюшной полости, свободный газ, целостность или повреждение паренхиматозных органов. В условиях свободного газа визуализация паренхиматозных органов может быть затруднена. 3). КТ брюшной полости позволит диагностировать или исключить повреждения паренхиматозных органов, а также выявить признаки повреждения полых органов.
Э	4	Экстренная операция после кратковременной предоперационной подготовки.
Э	5	Предоперационная подготовка в условиях ОАРИТ в течение 2-3 часов. - зонд в желудок, катетеризация периферической или центральной вены, мочевой катетер; - мониторинг витальных функций, контроль диуреза; - лабораторные исследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, САСС, группа крови и резус фактор, прокальцитониновый тест, газы крови); - инфузионная терапия глюкозо–солевыми растворами в объеме 1/3 – 1/4 суточной потребности жидкости с учетом водно-электролитных и метаболических нарушений. Антибактериальная терапия (целесообразно назначить стартовую терапию: цефалоспорины 3 поколения + аминогликозиды + метронидазол внутривенно).
Р	Отлично	указываются все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо/ Удовлетворительно	Хорошо - ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - не перечислены в полном объеме диагностические критерии, предоперационная подготовка.
Р0	Неудовлетворительно	Нет ответа на 1, 2 и вопросы, допущены при ответе множественные ошибки принципиального характера.
А	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

Ситуационная задача 3 дисциплины Б1.Б.01 Детская хирургия

Вид	**Код**	**Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи**
С	31.08.16	Детская хирургия
К	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
К	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи
К	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
К	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
К	ПК-14	готовностью к применению эндоскопических технологий в диагностике и лечении детей с хирургической патологией
Ф	А/01.8 В/01.8	проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза
Ф	В/02.8	назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
Ф	А/ 06.8	проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
У		*Ребенок 3 лет вечером во время игры с большим количеством игрушек вдруг стал плакать, отмечено двигательное беспокойство. Утром обратились к детскому хирургу поликлиники. Родители акцентируют внимание на том факте, что ребенок после этого стал жаловаться на боль в груди и шеи (показывает рукой), отказывается от еды. При осмотре: слизистые полости ротоглотки розовые, без признаков воспаления, отмечается слюнотечение, аускультация и перкуссия легких – без особенности, осмотр и пальпация живота - без патологических изменений. Акт дефекации безболезненный, патологических примесей в кале нет.*
В	1	Поставьте предварительный диагноз. Обоснуйте.

В	2	Тактика врача детского хирурга на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи?
В	3	Какие методы дополнительной диагностики необходимо провести на госпитальном уровне для подтверждения диагноза и их последовательность?
В	4	Лечебная тактика?
В	5	Назовите возможные осложнения при данном заболевании и от чего, зависит степень их выраженности?
В	6	В чем заключается профилактика данной патологии?
Э	1	Инородное тело пищевода. Данные анамнеза: играл с игрушками, стал резко беспокоиться, после чего боль в груди, отказ от еды, слюнотечение – признаки инородного тела пищевода.
Э	2	Направление на госпитализацию в хирургический стационар по экстренным показаниям транспортом СМП.
Э	3	Обзорная рентгенография органов грудной клетки с захватом шейного отдела и брюшной полости в прямой и боковой проекциях. При отсутствии данных за ИТ на рентгенограммах (рентген негативное ИТ) ребенку будет показано проведение ФГДС.
Э	4	Эндоскопическое удаление ИТ в экстренной форме под общей анестезией. В случае неэффективности или развившихся осложнений – операция.
Э	5	Перфорация, трахеопищеводный свищ, кровотечение, медиастинит, миграция острых инородных тел в стенку пищевода, органы средостения, стриктуры и стеноз пищевода, пневмония. Степень выраженности осложнений зависит от агрессивности ИТ (острые ИТ, батарейки), длительности стояния.
Э	6	Необходимо проводить разъяснительную работу с родителями о недопустимости оставления детей без присмотра взрослых, игрушки должны соответствовать возрастной группе детей и сертификатам безопасности.
Р	Отлично	указываются все дескрипторы правильного ответа
Р1	Хорошо/ Удовлетворительно	Хорошо - ответ достаточно полный, но допущены некоторые неточности, не искажающие основного смысла. Удовлетворительно - не перечислены в полном объеме диагностические критерии, тактика лечения, осложнения.
Р0	Неудовлетворительно	Нет ответа на 1 и 3 вопросы, допущены множественные ошибки принципиального характера.
А	Ф.И.О. автора-составителя	Марухно Н.И., Шапкина А.Н.

Оценочное средство 3.
Доклады (презентации)

Примерные темы докладов

1. Острый живот у детей. Дифференциальная диагностика.
2. Лапароскопия в диагностике и лечении острого аппендицита и перитонита у детей.
3. Первичный перитонит у детей разных возрастных групп.
4. Безоары у детей и подростков.
5. Хирургические аспекты гастроэзофагиального рефлюкса у детей
6. Тератоидные опухоли у детей.
7. Очаговые поражения печени у детей
8. Хирургические аспекты ВЗК
8. Клинические случаи.

Требования к докладу:

Актуальность и значимость проблемы по теме доклада должна быть сформулирована в начале выступления;
Выступающий должен хорошо знать материал по теме своего выступления, быстро и свободно ориентироваться в нем;
Речь докладчика должна быть четкой, умеренного темпа;
Докладчик должен иметь зрительный контакт с аудиторией;
Доклад должен сопровождаться презентацией;
После выступления докладчик должен аргументированно и по существу отвечать на все вопросы по теме доклада

Требования к презентации:

Презентация должна быть выполнена в формате PowerPoint, содержать начальный и конечный слайды, объем презентации не менее 10 и не более 20 слайдов;

Структура презентации должна включать титульный лист (ФИО обучающегося, тема доклада), оглавление, основную и резюмирующую части;

Каждый слайд должен быть логически связан с предыдущим и последующим;

Рекомендуется использовать графический материал (включая картинки), сопровождающий текст (это позволит разнообразить представляемый материал и обогатить доклад выступающего);

Время выступления должно быть соотнесено с количеством слайдов из расчета, что презентация, включающая 10— 15 слайдов, требует для выступления около 7—10 минут.

Критерии оценки докладов, презентаций

1. Оценка «отлично» выставляется студенту, если он аргументированно излагает свою точку зрения, демонстрируя результаты самостоятельной аналитической работы с дополнительной литературой.
2. Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он недостаточно обосновал свою точку зрения на предложенную тему, но продемонстрировал результаты самостоятельной работы с основной и дополнительной литературой. После наводящих вопросов способен строить логически обоснованные выводы.
3. Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он не имеет своей точки зрения на предложенную тему, используя при этом только основную литературу. Рассуждения формальны.
4. Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он не знает базовых основных понятий предмета обсуждения. После наводящих вопросов ответ не сформулирован.

Оценочное средство 4.

Чек-лист оценки практических навыков

Пальцевое ректальное исследование

С	31.08.16 Детская хирургия		
К	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		
Ф	A/01.8, B/01.8 Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза		
Ф	A/07.8, B/03.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ТД	Осмотры детей с хирургическими заболеваниями		
ТД	Проведение работы по обеспечению безопасности диагностических манипуляций		
ТД	Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа		
№	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться пациенту (родителям, законным представителям), объяснить цель и ход исследования	сказать 1 балл	-1 балл
2.	Получить информированное согласие пациента (родителей, законных представителей) на выполнение манипуляции	сказать 1 балл	-1 балла
3.	Выбрать положение для ректального исследования в зависимости от состояния больного, обосновать.	сказать 1 балл	-1 балл
4.	Обработать руки, надеть перчатки.	выполнить 1 балл	-1 балл
5.	Руками развести больному ягодицы и осмотреть перианальную область и анальный канал.	выполнить 1 балл	-1 балл
6.	Попросить пациента глубоко подышать. Указательный палец правой руки, на которую надета резиновая перчатка, обильно смазанный вазелином, осторожно ввести в задний проход	выполнить 1 балл	-1 балл

7.	Оценить тонус анального сфинктера, анатомические изменения наличие содержимого прямой кишки, патологических образований в анальном канале и прямой кишке.	сказать 1 балл	-1 балл
8.	Снять перчатки, их и использованный материал поместить в мусор класса Б.	выполнить 1 балл	-1 балл
9.	Вымыть и осушить руки.	выполнить 1 балл	-1 балл
10.	Дать заключение по осмотру	сказать 1 балл	-1 балл
11.	Сделать запись о проделанной процедуре.	выполнить 1 балл	-1 балл
	Итого:	11	

Общая оценка:
«Зачтено» - 8 баллов
«Не зачтено» менее 8 баллов

Чек-лист оценки практических навыков

Катетеризация мочевого пузыря девочки эластическим катетером

С	31.08.16 Детская хирургия		
К	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 ();		
К	ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи ();		
Ф	A/01.8, B/01.8 Проведение медицинского обследования детей в целях выявления хирургических заболеваний, установление диагноза		
Ф	A/02.8, B/02.8 Назначение лечения детям с хирургическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности		
Ф	A/07.8, B/03.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала		
ТД	Осмотры детей с хирургическими заболеваниями		
	Интерпретация результатов осмотров, лабораторных и инструментальных исследований детей с хирургическими заболеваниями		
ТД	Выполнение отдельных этапов хирургических вмешательств, лечебных манипуляций детям с хирургическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
ТД	Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания детям с хирургическими заболеваниями		
ТД	Проведение работы по обеспечению безопасности диагностических манипуляций		
ТД	Ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа		
№	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Объяснить пациенту (родителям, законным представителям) цель и ход предстоящей процедуры. Получить согласие на манипуляцию.	сказать 1 балл	-1 балл
2.	Подготовиться к манипуляции и придать правильное положение больному (лежа на спине с разведёнными и согнутыми в коленных суставах ногами).	сказать 1 балл	-1 балла
3.	Вымыть руки, обработать руки раствором антисептика, надеть стерильные перчатки.	выполнить1 балл	-1 балл
4.	Провести гигиеническую обработку наружных половых органов, промежности; наружные половые органы салфеткой, смоченной в антисептическом растворе. Избыток антисептика удалить.	выполнить 1 балл	-1 балл
5.	Отграничить / укрыть манипуляционное поле стерильным материалом. Обработать перчатки (руки) антисептиком	выполнить 1 балл	-1 балл
6.	1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть большие и малые половые губы, визуализировать наружное отверстие уретры, повторно обработать его шариком с раствором нейтрального антисептика.	выполнить 1 балл	-1 балл

7.	Взять катетер стерильным пинцетом в 4-5 см от кончика катетера (Фолея), удерживая периферический конец катетера 4 и (или) 5 пальцами правой руки (или поместить его в лоток для сбора мочи). Смазать кончик катетера стерильной смазкой. Ввести кончик катетера в наружное отверстие уретры и постепенно, перехватывая катетер пинцетом, продвигать его вглубь. Продвигать катетер с небольшим равномерным усилием, пока не появится моча.	выполнить 1 балл	-1 балл
8.	Спустить мочу в лоток. Наполнить баллон катетера Фолея путем введения шприцем стерильной жидкости в дополнительный ход в количестве, указанном на катетере	выполнить 1 балл	-1 балл
9.	Соединить катетер с ёмкостью для сбора мочи (мочеприёмником). Закрепить мочеприемник пластырем к бедру или к краю кровати. Убедиться, что трубки, соединяющие катетер и ёмкость не имеют перегибов.	выполнить 1 балл	-1 балл
10.	Снять перчатки, их и использованный материал поместить в мусор класса Б.	выполнить 1 балл	-1 балл
11.	Вымыть и осушить руки.	выполнить 1 балл	-1 балл
12.	Сделать запись о проделанной процедуре.	выполнить	-1 балл

Общая оценка:
«Зачтено» - не менее 9 баллов
«Не зачтено» - менее 9 баллов

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Оценочное средство 1. Тесты
Оценочное средство 2. Вопросы для собеседования

Оценочное средство 1

1. **Экстренная медицинская помощь детям и подросткам на территории Владивостокского городского округа с легочным кровотечением неясного генеза, спонтанным пневмотораксом, деструктивными заболеваниями органов грудной клетки оказывается в**
   ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи»
   * ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница №1»
   . ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница №2»
   ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2»
   КГАУЗ "Владивостокская клиническая больница №2"

2. **Сроки проведения консультации врачей-специалистов (за исключением подозрения на онкозаболевание) при оказании первичной медико-санитарной в плановой форме**
   не более 7 календарных дней
   * не более 14 календарных дней
   не более 21 календарного дня
   не более 30 календарных дней

3. **Хорошими результатами лечения и реабилитации больных с аноректальными мальформациями следует считать**
   *ежедневную одно-, двукратную дефекацию, отсутствие каломазания в промежутке между дефекациями, позывы на дефекацию, держание мочи
   ежедневную одно-, двукратную дефекацию, отсутствие каломазания
   самостоятельную дефекацию раз в два дня, позывы на дефекацию
   самостоятельную дефекацию раз в два дня, держание мочи
   позывы на дефекацию, самостоятельную дефекацию или с помощью клизмы

4. **У ребенка с травмой живота внутрибрюшное кровотечение. Подозрение на повреждение селезенки. В процессе наблюдения отмечено ухудшение общего состояния, нестабильность гемодинамики. Наиболее рациональное действие**

лапароцентез
* лапароскопия, ревизия органов брюшной полости
лапароскопия, длительный дренаж
лапаротомия, ревизия брюшной полости
наблюдение, консервативная терапия

5. **В настоящее время лапароскопические операции у детей с деструктивным аппендицитом и апендикулярным перитонитом могут проводиться, наряду с обычными операциями, во всех случаях, кроме:**
гангренозного аппендицита
гангренозно – перфоративного аппендицита
деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом, занимающего более двух анатомических областей
*деструктивного аппендицита, осложненного перитонитом с выраженным парезом ЖКТ (наличие компартмент-синдрома с повышением внутрибрюшного давления более 12 мм рт. ст.)
рыхлого аппендикулярного инфильтрата

6. **Пункция заднего средостения осуществляется через**
IV межреберье по лопаточной области
V межреберье паравертебрально
IV межреберье по задней подмышечной линии под углом 45° по отношению к позвоночнику
* IV-VI межреберье паравертебрально под углом 70° по отношению к позвоночнику
V-VII межреберье паравертебрально под углом 60° по отношению к позвоночнику

7. **Во время бужирования пищевода произошла его перфорация. При контрастном исследовании пищевода имеется затек контрастного вещества. Тактика хирурга должна предусматривать:**
курс лечебных эзофагоскопий
введение зонда в желудок и консервативная терапия
*интенсивная консервативная терапия, дренирование заднего средостения, гастростомия
срочную операцию
гастростомию

8. **Согласно клиническим рекомендациям промывать брюшную полость при распространенном аппендикулярном перитоните рекомендуется:**
0,2% водным раствором хлоргексидина биглюконата
*0,9% раствором натрия хлорида
3% раствором перекиси водорода
1 % раствором диоксидина
1% раствором бетадина

9. **Дайте оценку клиническим симптомам и тяжести состояния при атрезии пищевода:**
тяжелая мышечная гипотония, дыхательная аритмия, брадикардия, судороги;
*в первые часы после рождения удовлетворительное, ухудшение связанно с присоединением аспирационной пневмонии и эксикоза;
в первые сутки состояние удовлетворительное, позже вялость, интоксикация, потеря в весе (250 г. в сутки);
в первые часы после рождения состояние тяжелое, втяжение межреберных промежутков, стонущее дыхание, тахипное до 120 в 1 мин, тахикардия, цианоз;
состояние тяжелое, ребенок беспокоен, сучит ножками, быстро прогрессирует интоксикация, вялость, адинамия, кожа землистого цвета

10. **Детский хирург при консультировании беременной, у плода которой по данным УЗИ выявлены признаки атрезии пищевода, рекомендует:**
прерывание беременности
пролонгирование беременности
ЭХОКГ
наблюдение в динамике
*ЭХОКГ и инвазивную пренатальную диагностику

11. **Назовите изменения на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки, характерные для синдрома Мунье-Куна**
*диаметр трахеи больше или равен поперечнику грудных позвонков;
вздутие легочной ткани, усиление и грубая деформация легочного рисунка;
повышенная прозрачность пораженной части легкого, резкое обеднение легочного рисунка в этой области, уплощение диафрагмы;
небольшие размеры доли легкого, контуры поражения сливаются с тенью сердца и средостения;
множественные ячеистые образования

12. **У ребенка на 2 сутки после аппендэктомии отмечена сонливость, холодный пот, бледность кожи, сухой язык, тахикардия, снижение артериального давление на 5% относительно нормы, болезненность при пальпации живота в нижних отделах. Какое осложнение можно предположить**
несостоятельность культи отростка и развитие перитонита
*внутрибрюшное кровотечение
развитие сепсиса
непроходимость кишечника
состояние характерно для обычного течения послеоперационного течения

13. **Основным условием назначения инфузионной терапии у детей с кровотечением из варикозно–расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии является:**
инфузионная терапия проводится в полном объеме
*инфузионная терапия проводится в объеме не более 50–75% от долженствующего объема
инфузионная терапия проводится в полном объеме + объем кровопотери
инфузионная терапия не проводится
инфузионная терапия проводится в объеме 90 % от долженствующего объема

14. **Шкала предиктора летальности qSOFA – ускоренная (быстрая, экспресс) SOFA включает следующие критерии:**
частота дыхания (≥ 24 в минуту), изменение психического статуса (≤15 баллов по Глазго), систолическое АД (≤ 120 мм рт. Ст.);
*частота дыхания (≥ 22 в минуту), изменение психического статуса (< 15 баллов по Глазго), систолическое АД (≤ 100 мм рт. Ст.);
частота дыхания (≥ 20 в минуту), изменение психического статуса (=15 баллов по Глазго), систолическое АД (≤ 110 мм рт.ст.);
частота дыхания (≥ 22 в минуту), изменение психического статуса (≤15 баллов по Глазго), систолическое АД (≤ 100 мм рт. Ст.), диастолическое АД (≤ 50 мм рт. ст.)

15. **Рекомендовано считать, что наиболее достоверным (P<0,5) тестом ранней биохимической диагностики сепсиса у ребенка больного острым гематогенным остеомиелитом является исследование показателя:**
СРБ
трансаминаз
альбумина
*прокальцитонина
креатинина

16. **Критериями эффективности терапии больного с кишечной непроходимостью, осложненной перитонитом в фазу экстренной коррекции, является:**
нормализация температуры, пульса, дыхания;
снижение лейкоцитоза, повышение гемоглобина, уменьшение боли в животе;
прекращение рвоты, самостоятельный стул, лейкоцитоз 15-20 тыс.;
восстановление диуреза, нормализация ЦВД, температура ниже 38°С, уменьшение мраморности кожных покровов;
*АД - 120/70 мм рт. ст., пульс 120 в мин., ЧД 20 в мин., лейкоциты 10-12 тыс, диурез 50 мл

17. **К видам профессиональной деятельности врача детского хирурга, согласно профессиональному стандарту, относятся:**

*профилактика
диспансеризация
*диагностика
*лечение
* медицинская реабилитация

18. Пациент имеет право на:

*облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами
*получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья
*отказ от медицинского вмешательства; защиту сведений, составляющих врачебную тайну
*возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи
выбор антибактериальной и инфузионной терапии

19. Определите значимость каждого из перечисленных методов диагностики закрытых повреждений органов брюшной полости

Метод	Возможности
1. Перитонеальный лаваж	А. позволяет диагностировать повреждение полых органов по наличию свободного газа в верхних отделах живота
2. Обзорная рентгенография брюшной полости	Б. позволяет определить наличие крови или патологических примесей в брюшной полости
3. УЗИ органов брюшной полости	В. позволяет установить источник кровотечения и в необходимых случаях провести эмболизацию сосуда
4. Ангиография	Г. неинвазивный и высокоинформативный метод диагностики травмы паренхиматозного органа и определения крови в брюшной полости, а также ее количества
5. КТ	Д. помогает определить степень повреждения паренхиматозного органа
Ответ: 1 – Б, 2 – А, 3 – Г, 4 – В, 5 - Д	

20. Определите соответствие:

Степень	*Характеристики повреждения селезенки (классификация AAST)*
1	А. субкапсулярная гематома, не нарастающая, занимающая 10-50%; интрапаренхиматозная гематома, не нарастающая <2 см в диаметре; разрыв капсулы, активное кровотечение, 1–3 см глубиной, без повреждения трабекулярных сосудов
2	Б. субкапсулярная гематома, не нарастающая, <10 % площади поверхности органа; разрыв капсулы, некровоточащий, <1 см глубиной;
3	В. разрыв >3 см глубиной или вовлекающий трабекулярные сосуды; прорыв интрапаренхиматозной гематомы с активным кровотечением
4	Г. субкапсулярная гематома, >50 % поверхности или нарастающая; интрапаренхиматозная гематома >2 см в диаметре или нарастающая; прорыв субкапсулярной гематомы с активным кровотечением
5	Д. разрыв, вовлекающий сегментарные сосуды или сосуды ворот селезенки, с массивной деваскуляризацией (>25 %); полностью размозженная селезенка; повреждение сосудов ворот с деваскуляризацией селезенки
Ответ: 1 - Б, 2 - А, 3 - Г, 4 – В, V - Д	

Критерии оценивания:

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня
«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 2.

Примеры вопросов для собеседования.

1. Организация работы врача детского хирурга в условиях оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи. Сроки проведения первичной диспансеризации детей детским хирургом.
2. Деонтология в детской хирургии. Врач – ребенок – родители (в случаях травматических повреждений, онкологических заболеваний, тяжелых пороков развития, при нахождении ребенка в реанимационном отделении). Взаимоотношения с персоналом.
3. Анатомо-физиологические особенности детей. Дисфункции созревания и диспропорции роста. Сроки плановой хирургической коррекции при врожденных дефектах развития.
4. Гнойные локализованные инфекции кожи и подкожной клетчатки у детей. Хирургическое лечение в амбулаторных условиях.
5. Реабилитация детей после хирургического лечения перитонита, острого гематогенного остеомиелита, деструктивной пневмонии. Показания к направлению на МСЭ.
6. Аппендицит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к диагностической лапароскопии. Техника ее проведения. Критерии эффективности лечения
7. Сосудистые опухоли у детей. Клинические проявления. Диагностика. Методы лечения. Показания к назначению пропранолола, схема лечения. Критерии эффективности лечения. Техника криодеструкции, склерозирования.
8. Гидроцеле и фуникулоцеле у детей. Этиология. Клиника. Диагностика. Сроки и способы хирургического лечения. Показания к экстренному оказанию медицинской помощи. Диспансеризация, реабилитация, профилактика.
9. Осложненные формы острого аппендицита у детей. Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате и абсцессах
10. Приобретенная кишечная непроходимость. Классификация. Клиника в зависимости от вида непроходимости. Дифференциальная диагностика.
11. Хирургическое лечение перитонита у детей. Выбор доступа, техника лапаротомии, способы санации и дренирования брюшной полости.
12. .Острый холецистит у детей. Этиология, патогенез. Клиника. Диагностика. Хирургическая тактика. Техника открытой и эндоскопической холецистэктомии. Алгоритм лечения. Диспансеризация, реабилитация, профилактика.
13. Кишечная инвагинация у детей. Этиология, патогенез, классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика и лечения. Техника консервативной дезинвагинации. Эндоскопические технологии в лечении инвагинации у детей. Критерии эффективности лечения. Профилактика.
14. Ранние и поздние осложнения лечения детей с атрезией пищевод. Клиника, диагностика, профилактика. Способы хирургической реабилитации.
15. Инородные пищеварительного тракта. Клиника. Лечебно-диагностическая тактика. Эндоскопические и оперативные методы лечения. Профилактика.
16. Врожденная низкая тонкокишечная непроходимость. Причины. Возможности антенатальной диагностики. Клиника. Методы и объемы диагностики. Хирургическая тактика. Техника наложения тонкокишечного анастомоза, илиостомии. Осложнения. Лечебная тактика послеоперационного периода. Диспансеризация, реабилитация, профилактика.
17. Синдром отечной и гиперемированной мошонки у детей. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к экстренной скрототомии и техника ее проведения.
18. Крипторхизм у детей. Этиология. Классификация. Клиника. Методы и объемы диагностики. Сроки и способы хирургического лечения. Диспансеризация, реабилитация, профилактика.
19. Диафрагмальные грыжи у детей. Классификация. Синдром «асфиктического ущемления»: клиника, диагностика. Оказание медицинской помощи на этапе родильного дома и в условиях детского хирургического стационара.
20. Легочная форма ОГДЛ. Осложнения. Клиника. Диагностика. Лечебно-диагностическая тактика. Дренирование абсцесса легкого по Мануальди. Способы хирургического лечение, возможности эндоскопического лечения, показания и противопоказания.

5. Критерии оценивания результатов обучения

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора