

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФАКУЛЬТЕТ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ

Фонд оценочных средств
текущей и промежуточной аттестации
по дисциплине

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность - **32.05.01 «Медико-профилактическое дело»**

1. Форма промежуточной аттестации - зачет, экзамен

2. Вид промежуточной аттестации:

7 семестр - зачет: собеседование, тестовый контроль, решение ситуационных задач, сдача практических навыков

8 семестр - экзамен: собеседование, тестовый контроль, решение ситуационных задач, сдача практических навыков

3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной или в формировании которых участвует дисциплина

| Код компетенции | Содержание компетенций (результаты освоения ООП) |
|-----------------|---|
| ПК14 | 14:способностью и готовностью к оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, а также в экстремальных условиях эпидемий, в очагах массового поражения |

4. Этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

| Компетенция | Дисциплины | Семестр |
|-------------|---------------------------|---------|
| ПК-14 | Анатомия | 1, 2, 3 |
| | Биохимия | 1, 2 |
| | Физиология | 2, 3 |
| | Патологическая анатомия. | 3, 4 |
| | Патологическая физиология | 3, 4 |
| | Фармакология | 5,6 |
| | Общая хирургия | 5,6 |

5. Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

| Разделы дисциплины | Коды формируемых компетенций |
|--------------------|------------------------------|
| | ПК- 14 |
| Семестр 7 | |
| Раздел 1 | + |
| Семестр 8 | |
| Раздел 2 | + |
| Раздел 3 | + |

6.Формы оценочных средств, в соответствии с формируемыми компетенциями

| Код компетенции | Формы оценочных средств | |
|-----------------|-------------------------|---|
| | Текущая аттестация | Промежуточная аттестация |
| ПК 14 | собеседование | собеседование Тесты Ситуационные задачи Практические навыки |

7.Текущий контроль

| Формы контроля из РПД дисциплины | количество примерных (типовых) заданий |
|--|---|
| Устный опрос, собеседование по разделу: сердечно-сосудистая и торакальная хирургия | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ранения сердца: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения 2. Ревматический митральный порок: классификация, показания к хирургическому лечению, принципы лечения. Стандарты диагностики и лечения 3. Перикардит: классификация, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения 4. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца и аневризмы сердца. Стандарты диагностики и лечения 5. Абсцессы и гангрены легких: классификация, этиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Стандарты диагностики и лечения 6. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения 7. Спонтанный пневмоторакс и гемоторакс: причины развития, клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Стандарты диагностики и лечения 8. Эмфизема легкого: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения 9. Острые и хронические гнойные воспаления плевры: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения 10. Легочное кровотечение: причины, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Стандарты диагностики и лечения |
| Устный опрос, собеседование по разделу: эндокринная хирургия | <ol style="list-style-type: none"> 1. Методы исследования щитовидной железы 2. Анатомия щитовидной железы и ее функция 3. Зоб: классификация. Эндемический зоб: этиология, клиника, лечение. Стандарты диагностики и лечения 4. Спорадический зоб. Стандарты диагностики и лечения 5. зоб Хашимото. Стандарты диагностики и лечения 6. зоб Риделя. Стандарты диагностики и лечения 7. Диффузный токсический зоб: клиника, методы обследования больного, лечение. Стандарты диагностики и лечения 8. Классификация злокачественных образований щитовидной железы. Стандарты диагностики и лечения |

| | |
|---|---|
| | <p>9. Рак щитовидной железы. Стандарты диагностики</p> <p>10. Рак Щитовидной железы. Стандарты лечения</p> |
| <p><i>Устный опрос, собеседование по разделу : абдоминальная хирургия</i></p> | <p>1. Паховые грыжи: классификация, этиология, патогенез, диагностика, лечение, экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>2. Ущемленные грыжи: клиника, диагностика, лечение. Мнимое вправление. Тактика при вправившейся ущемленной грыже. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>3. Послеоперационные грыжи. Особенности операции при различных послеоперационных грыжах. Экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>4. Диафрагмальные грыжи, грыжи пищевого отверстия. Клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>5. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>6. Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>7. Острые гастродуоденальные кровотечения: дифференциальная диагностика, тактика хирурга. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>8. Болезни оперированного желудка: классификация, клиника, диагностика, лечение, оценка трудоспособности больных. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>9. Кишечная непроходимость: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>10. Доброкачественные заболевания пищевода Ахалазиякардии (кардиоспазм): классификация, клиника, диагности</p> |

8. Промежуточная аттестация

| Формы промежуточной аттестации зачет, экзамен | примерные задания |
|--|--|
| <i>Собеседование</i> | <p>1. Паховые грыжи: классификация, этиология, патогенез, диагностика, лечение, экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>2. Ущемленные грыжи: клиника, диагностика, лечение. Мнимое вправление.</p> |

Тактика при вправившейся ущемленной грыже. Стандарты диагностики и лечения

3. Послеоперационные грыжи. Особенности операции при различных послеоперационных грыжах. Экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения

4. Диафрагмальные грыжи, грыжи пищеводного отверстия. Клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения

5. Бедренные и пупочные грыжи, грыжи белой линии живота: диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения

6. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Стандарты диагностики и лечения

7. Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения

8. Острые гастродуоденальные кровотечения: дифференциальная диагностика, тактика хирурга. Стандарты диагностики и лечения

9. Болезни оперированного желудка: классификация, клиника, диагностика, лечение, оценка трудоспособности больных. Стандарты диагностики и лечения

10. Кишечная непроходимость: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения. Стандарты диагностики и лечения

11. Острый аппендицит: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, их профилактика и лечение. Стандарты диагностики и лечения

12. Особенности течения острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка и возраста больных. Особенности течения у детей, пожилых людей, беременных женщин.

13. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, исходы, лечение. Стандарты диагностики и лечения

14. Дивертикулит и дивертикулез толстой кишки. Осложнения, лечение.

15. Неспецифический язвенный колит: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Болезнь Крона. Стандарты диагностики и лечения

16. Трещины заднего прохода, геморрой: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения

17. Выпадение прямой кишки: этиология, классификация, клиника, лечение. Стандарты

| | |
|---------------------|---|
| | <p>диагностики и лечения</p> <p>18. Желчно-каменная болезнь и ее осложнения. Острый холецистит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения и их лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>19. Обтурационная желтуха: причины, дифференциальная диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>20. Постхолецистэктомический синдром: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>21. Синдром портальной гипертензии: классификация, клиника, осложнения, принципы хирургического лечения. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>22. Острый панкреатит: классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>23. Хронический панкреатит, формы. Диагностика, лечение. Опухоли поджелудочной железы. Диагностика.</p> <p>24. Перитониты: классификация, этиология, патогенез, клиническая картина при различных стадиях перитонита, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>25. Туберкулезный перитонит: клиника, диагностика, лечение.</p> <p>26. Рак толстой кишки: особенности клиники, диагностики, лечения, рак правой и левой половины ободочной кишки, виды операций, осложнения. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>27. Рак прямой кишки: классификация, особенности клинической картины в зависимости от локализации опухоли, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>28. Злокачественные опухоли печени: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>29. Рак пищевода: стадии, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> <p>30. Рак желудка: классификация, клиника, лечение. Стандарты диагностики и лечения</p> |
| <p><i>тесты</i></p> | <p>001. провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) слабость мышц живота б) злоупотребление алкоголем в) употребление жирной и острой пищи г) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой д) психотравма <p>002. инвагинация относится к непроходимости:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) спастической б) паралитической в) обтурационной |

| | |
|-----------------------------------|---|
| | <p>г) странгуляционной д) смешанной 003. для всех видов острой кишечной непроходимости характерны: а) интенсивные боли в животе б) резкое усиление перистальтики в) стойкая задержка стула и газов г) асимметрия живота д) напряжение мышц живота</p> |
| <p><i>Ситуационные задачи</i></p> | <p>Задача 1. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,6°C. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный. При . осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая, болезненность и правой подвздошной: области, напряжения мышц пет. Положительны симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоцитов в крови 8,0 л О³ в 1 мкл¹. Анализ мочи без особенностей. Ваш диагноз и тактика лечения? Эталон ответа. острый аппендицит. Оперативное лечение</p> <p>Задача 2 Поступает больной 70 лет с жалобами на небольшие, по стойкие боли в правой подвздошной области, которые появились у него сутки назад. Диспепсических расстройств ист. Температура нормальная. Ранее никогда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел. При осмотре: язык суховат, пульс 80 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. В правой подвздошной области локальная болезненность. Симптомы Ровзинга и Ситковского выявляются. Симптом Щеткина- -Блюмберга отрицателен. Лейкоцитов в крови 6,1-10³ в 1 мкл. В моче изменений нет. Ваш диагноз и тактика лечения? Эталон ответа. острый аппендицит. Оперативное лечение</p> <p>Задача 3. Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 6X5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой</p> |

| | |
|-----------------------------------|--|
| | <p>консистенции. Семенные канатики расположены снаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения?</p> <p>Эталон ответа. Паховая грыжа. Оперативное лечение</p> <p>Задача 4. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен вновь уже с явлениями перитонита. В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?</p> <p>Эталон ответа. Нужна была госпитализация.. Оперативное лечение</p> <p>Задача 5 . У больной 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3°C, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?</p> <p>Эталон ответа. острый холецистит. Оперативное лечение</p> |
| <p><i>Практические навыки</i></p> | <p>Выполнить обследование больного с хирургической патологией</p> <p>Выявить симптомы, характерные для острого аппендицита</p> <p>Выявить симптомы , характерные для острого холецистита</p> <p>Выявить симптомы, характерные для острого панкреатита</p> <p>Выявить симптомы, характерные для ОКН</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Выявить симптомы, характерные для ЖКК</p> <p>Выявить симптомы, характерные для острого флеботромбоза</p> <p>Подобрать инструментарий для выполнения лапаротомии.</p> <p>Подобрать инструментарий для выполнения грыжесечения</p> <p>Оценить данные КТ и МРТ бр. полости</p> <p>Оценить данные УЗИ бр. полости</p> <p>Оценить данные Рг-фии бр. полости</p> |
|--|---|

Перечень вопросов к устному опросу

1. Зоб: классификация. Эндемический зоб: этиология, клиника, лечение. Sporadический зоб, зоб Хашимото, зоб Риделя. Стандарты диагностики и лечения
 2. Диффузный токсический зоб: клиника, методы обследования больного, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 3. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, осложнения, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 4. Доброкачественные заболевания пищевода Ахалазиякардии (кардиоспазм): классификация, клиника, диагностика, лечение. Дивертикулы пищевода, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 5. Химические ожоги пищевода, желудка, их последствия. Первая помощь при ожогах. Консервативное и хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода. Стандарты диагностики и лечения
 6. Ранения сердца: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 7. Ревматический митральный порок: классификация, показания к хирургическому лечению, принципы лечения. Стандарты диагностики и лечения
 8. Перикардит: классификация, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 9. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца и аневризмы сердца. Стандарты диагностики и лечения
 10. Абсцессы и гангрены легких: классификация, этиология, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 11. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 12. Спонтанный пневмоторакс и гемоторакс: причины развития, клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 13. Эхнококкоз легкого: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 14. Острые и хронические гнойные воспаления плевры: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 15. Легочное кровотечение: причины, клиника, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Стандарты диагностики и лечения
 16. Паховые грыжи: классификация, этиология, патогенез, диагностика, лечение, экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения
 17. Ущемленные грыжи: клиника, диагностика, лечение. Мнимое вправление. Тактика при вправившейся ущемленной грыже. Стандарты диагностики и лечения
 18. Послеоперационные грыжи. Особенности операции при различных послеоперационных грыжах. Экспертиза нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения
 19. Диафрагмальные грыжи, грыжи пищеводного отверстия. Клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
 20. Бедренные и пупочные грыжи, грыжи белой линии живота: диагностика, лечение.

Стандарты диагностики и лечения

21. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. Стандарты диагностики и лечения
22. Прободные язвы желудка и 12-перстной кишки: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
23. Острые гастродуоденальные кровотечения: дифференциальная диагностика, тактика хирурга. Стандарты диагностики и лечения
24. Болезни оперированного желудка: классификация, клиника, диагностика, лечение, оценка трудоспособности больных. Стандарты диагностики и лечения
25. Инородные тела трахеи и бронхов: диагностика, первая помощь, осложнения, лечение. Стандарты диагностики и лечения
26. Кишечная непроходимость: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения. Стандарты диагностики и лечения
27. Острый аппендицит: классификация, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения, их профилактика и лечение. Стандарты диагностики и лечения
28. Особенности течения острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка и возраста больных. Особенности течения у детей, пожилых людей, беременных женщин.
29. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика, исходы, лечение. Стандарты диагностики и лечения
30. Дивертикулит и дивертикулез толстой кишки. Осложнения, лечение.
31. Неспецифический язвенный колит: клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Болезнь Крона. Стандарты диагностики и лечения
32. Трещины заднего прохода, геморрой: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
33. Выпадение прямой кишки: этиология, классификация, клиника, лечение. Стандарты диагностики и лечения
34. Желчно-каменная болезнь и ее осложнения. Острый холецистит: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения и их лечение. Стандарты диагностики и лечения
35. Обтурационная желтуха: причины, дифференциальная диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
36. Постхолецистэктомический синдром: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
37. Синдром портальной гипертензии: классификация, клиника, осложнения, принципы хирургического лечения. Стандарты диагностики и лечения
38. Острый панкреатит: классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
39. Хронический панкреатит, формы. Диагностика, лечение. Опухоли поджелудочной железы. Диагностика.
40. Перитониты: классификация, этиология, патогенез, клиническая картина при различных стадиях перитонита, лечение. Стандарты диагностики и лечения
41. Туберкулезный перитонит: клиника, диагностика, лечение.
42. Рак толстой кишки: особенности клиники, диагностики, лечения, рак правой и левой половины ободочной кишки, виды операций, осложнения. Стандарты диагностики и лечения
43. Рак прямой кишки: классификация, особенности клинической картины в зависимости от локализации опухоли, лечение. Стандарты диагностики и лечения
44. Злокачественные опухоли печени: клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
45. Рак пищевода: стадии, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
46. Рак желудка: классификация, клиника, лечение. Стандарты диагностики и лечения
47. Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиология, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
48. Тромбофлебиты и флеботромбозы: клиника, диагностика, лечение, экспертиза

- временной нетрудоспособности. Стандарты диагностики и лечения
49. Посттромбофлебитический синдром: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
50. Хронические окклюзионные поражения артерий: классификация, клиника, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
51. Острые тромбозы и эмболии магистральных сосудов: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, антикоагулянтная и фибринолитическая терапия, показания. Стандарты диагностики и лечения.
52. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Ишемический колит. Диагностика, лечение.
53. Гидатидозный эхинококкоз печени: диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Альвеококкоз печени. Определение понятия, клиника, лечение.
54. Острые медиастиниты: причина, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Стандарты диагностики и лечения
55. Рак легкого: классификация, клиника, диагностика, принципы современного лечения.
56. Опухоли и кисты. Средостения: классификация, диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения
57. Дисгормональные дисплазии молочной железы (мастопатии). Диагностика, лечение. Рак молочной железы: клинические формы, стадии процесса, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Стандарты диагностики и лечения.

Тестовый контроль

Перечень тестовых заданий для текущего контроля с эталонами ответов.

Раздел 1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

001. для острого аппендицита не характерен симптом:

- а) Ровзинга
- б) Воскресенского
- в) Мерфи
- г) Образцова
- д) Бартомье - Михельсона

002. специфическим для острого аппендицита является симптом:

- а) Кохера - Волковича
- б) Ровзинга
- в) Ситковского
- г) все три симптома
- д) ни один из них

003. к перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:

- а) Воскресенского (синдром "рубашки")
- б) Щеткина - Блюмберга
- в) Раздольского
- г) все названные симптомы
- д) ни один из них

004. клинически острый аппендицит может быть принят за:

- а) сальпингит
- б) острый холецистит
- в) дивертикулит Меккеля
- г) внематочную беременность
- д) любую из этих видов патологии

005. неверным для острого аппендицита является утверждение, что:

- а) ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка
- б) ригидности может не быть при тазовом расположении
- в) рвота всегда предшествует боли
- г) боль может начинаться в области пупка
- д) боль чаще начинается в эпигастральной области

006. первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:

- а) детей

- б) тяжелых больных
- в) мужчин
- г) женщин
- д) пожилых больных

007. острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем, кроме:

- а) схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
- б) быстрого развития разлитого перитонита
- в) высокой температуры
- г) выраженной интоксикации
- д) резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

008. Для перфоративного аппендицита характерно:

- а) симптом раздольского
- б) нарастание клинической картины перитонита
- в) внезапное усиление болей в животе
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки
- д) все перечисленное

009. решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

- а) симптом Кохера - Волковича
- б) симптом Промптова
- в) головокружение и обмороки
- г) симптом Бартонье - Михельсона
- д) пункция заднего свода влагалища

010. для диагностики острого аппендицита не применяют:

- а) пальпацию брюшной стенки
- б) клинический анализ крови
- в) пальцевое ректальное исследование
- г) ирригоскопию
- д) влагалищное исследование

Раздел 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

001. острый холецистит обычно начинается с:

- а) повышения температуры
- б) появления рвоты
- в) болей в правом подреберье
- г) расстройства стула
- д) тяжести в эпигастральной области

002. приступ печеночной (желчной) колики возникает:

- а) внезапно, остро
- б) после продромального периода
- в) исподволь, постепенно
- г) после длительного голодания
- д) после переохлаждения

003. нормальные показатели билирубина крови:

- а) 0,10-0,68 мкмоль/л
- б) 8,55-20,52 мкмоль/л
- в) 2,50-8,33 мкмоль/л
- г) 3,64-6,76 мкмоль/л
- д) 7,62-12,88 мкмоль/л

004. внутривенная холецистография показана и информативна при:

- а) наличии пальпируемого желчного пузыря
- б) желтухе
- в) перитоните
- г) стихшем приступе острого холецистита
- д) холангите

005. при остром и хроническом холецистите противопоказано применение:

- а) омнопона
- б) морфина гидрохлорида

- в) но-шпы
 - г) атропина сульфата
 - д) спазмалгона, баралгина и спазгана
006. основным методом исследования больных неосложненным холециститом является:
- а) инфузионная холеграфия
 - б) ЭРПХГ
 - в) УЗИ желчного пузыря
 - г) лапароскопия
 - д) гастродуоденоскопия
007. ширина холедоха в норме равна:
- а) до 0,5 см
 - б) 0,6-1,0 см
 - в) 1,1-1,5 см
 - г) 1,6-2,0 см
 - д) свыше 2,0 см
008. индекс литогенности желчи определяется соотношением:
- а) холестерина, билирубина и лецитина
 - б) билирубина, желчных кислот и лецитина
 - в) холестерина, желчных кислот и билирубина
 - г) холестерина, желчных кислот и лецитина
 - д) билирубина и лецитина
009. больным с не осложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:
- а) холецистостомию
 - б) холецистэктомию от шейки
 - в) холецистэктомию от дна
 - г) лапароскопическую холецистостомию
 - д) холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду - Пиковскому
010. после холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:
- а) по Робсону - Вишневному
 - б) по Холстеду - Пиковскому
 - в) по Спасокукоцкому
 - г) по Керу
 - д) сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

Раздел 3. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

001. развитие острого панкреатита происходит:
- а) при активации трипсином в сосудистом русле калликреин-кининовой и тромбиновой системы
 - б) при инволюции мелкоочагового панкреонекроза в результате появления в интерстиции ингибирующих факторов, приводящих к спонтанному купированию аутолитических процессов
 - в) при подавлении агрессивной бактериальной флоры под воздействием антибактериальной терапии при жировом панкреонекрозе
 - г) при накоплении в поврежденных панкреоцитах свободных жирных кислот и снижении рН клетки до 3,5-4,5
 - д) при лизисе под воздействием эластазы стенки венул и междольковых соединительнотканых перемычек
002. в развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:
- а) микробной флоре
 - б) плазмоцитарной инфильтрации
 - в) микроциркуляторным нарушениям
 - г) аутоферментной агрессии
 - д) венозному стазу
003. нормальные величины активности амилазы в сыворотке крови составляют
- а) 2-8 мг/ч мл
 - б) 12-32 мг/ч мл
 - в) 0 мг/ч мл
 - г) 4 мг/ч мл
 - д) 8 мг/ч мл

004. жировой панкреонекроз развивается в результате:

- а) протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов
- б) воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки
- в) повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов
- г) спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- д) присоединения инфекции на фоне отека панкреатита

005. геморрагический панкреонекроз развивается в результате:

- а) присоединения инфекции на фоне жирового панкреонекроза
- б) формирования демаркационного воспалительного вала вокруг очагов жирового некроза
- в) спонтанного купирования аутолитического процесса и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- г) протеолитического некроза панкреоцитов и повреждения сосудистой стенки под воздействием протеолитических ферментов
- д) повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов

006. поперечная болевая резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома

- а) Мейо - Робсона
- б) Керте
- в) Грея - Тернера
- г) Мондора
- д) Воскресенского

007. эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет произвести:

- а) оценку состояния большого дуоденального сосочка
- б) подтверждение факта наличия острого панкреатита
- в) уточнение локализации процесса в поджелудочной железе
- г) определение распространенности поражения железы
- д) установление формы острого панкреатита

008. болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу характерно для симптома:

- а) Воскресенского
- б) Мейо - Робсона
- в) Грюнвальда
- г) Мондора
- д) Грея - Тернера

009. пятна цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите характерны для симптома:

- а) Грюнвальда
- б) Мондора
- в) Грея - Тернера
- г) Кера
- д) Воскресенского

010. развитие метеоризма у больных острым панкреатитом обусловлено:

- а) сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы
- б) частой неукротимой рвотой
- в) парезом кишечника
- г) дефицитом панкреатических гормонов
- д) ферментативной недостаточностью поджелудочной железы

Раздел 4. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

001. провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может:

- а) слабость мышц живота
- б) злоупотребление алкоголем
- в) употребление жирной и острой пищи
- г) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой

д) психотравма

002. инвагинация относится к непроходимости:

а) спастической

б) паралитической

в) обтурационной

г) странгуляционной

д) смешанной

003. для всех видов острой кишечной непроходимости характерны:

а) интенсивные боли в животе

б) резкое усиление перистальтики

в) стойкая задержка стула и газов

г) асимметрия живота

д) напряжение мышц живота

004. при узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

а) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости

б) показана экстренная операция

в) предпочтительна операция в "холодном" периоде

г) необходимо динамическое наблюдение

д) все ответы не верны

005. для тонко-толстокишечной инвагинации не характерно лишь:

а) кровянистые выделения из прямой кишки

б) острое развитие у детей

в) пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области

г) схваткообразные боли в животе

д) преимущественное развитие у взрослых

006. при перфорации опухоли восходящей кишки с метастазами в печень показана:

а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия

в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз

г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия и илеостомия

д) цекстомия

007. для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

а) постепенного нарастания симптомов

б) вздутия живота

в) появление чаш Клойбера

г) задержки стула

д) быстрого (в течение суток) обезвоживания

008. при острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

а) схваткообразных болей в животе

б) вздутия живота

в) постепенного развития перитонита

г) постоянных болей в животе

д) задержки стула и газов

009. не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:

а) завороте

б) обтурации

в) узлообразовании

г) инвагинации

д) ущемлении

010. консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

а) завороте

б) узлообразовании

в) обтурационной кишечной непроходимости

г) динамической непроходимости

д) обтурации желчным камнем

011. толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- а) инородными телами
- б) желчными камнями
- в) злокачественными опухолями
- г) спайками брюшной полости
- д) гельминтами

012. на выбор лечебной тактики при острой кишечной непроходимости не влияет лишь:

- а) вид непроходимости
- б) уровень непроходимости
- в) наличие перитонеальных симптомов
- г) интенсивность болей
- д) рентгенологические данные

013. операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- б) наложение илеостомы
- в) наложение цекостомы
- г) операция Гартмана
- д) операция Микулича

014. не может способствовать развитию странгуляционной кишечной непроходимости:

- а) длинная узкая брыжейка
- б) спайки брюшной полости
- в) внезапное повышение внутрибрюшного давления
- г) переедание после длительного голодания
- д) длительное голодание

015. при подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится:

- а) обзорная рентгенография брюшной полости
- б) исследование пассажа бария по кишечнику
- в) эзофагогастродуоденоскопия
- г) лапароскопия
- д) биохимический анализ крови

Раздел 5. ПЕРИТОНИТ

001. самой частой причиной перитонита является:

- а) острый аппендицит
- б) прободная язва
- в) сальпингит
- г) странгуляция тонкой кишки
- д) рак желудка

002. при первичном перитоните инфицирование брюшины происходит:

- а) при перфорации язвы желудка
- б) при перфорации червеобразного отростка
- в) при аднексите
- г) гематогенным путем
- д) при ранении кишечника

003. для перитонита не характерно:

- а) напряжение мышц брюшной стенки
- б) симптом Курвуазье
- в) учащение пульса
- г) задержка отхождения газов
- д) рвота

004. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРИТОНИТА ЯВЛЯЕТСЯ:

- а) рвота
- б) боли в животе
- в) кровавый стул
- г) задержка стула и газов

д) напряжение мышц передней брюшной стенки

005. меньше всего поддиафрагмальному абсцессу соответствует:

- а) боль в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, связанная с дыханием

- б) болезненность при надавливании в области нижних ребер
- в) гектическая температура
- г) чаши Клойбера при рентгенографии брюшной полости
- д) расширение границ печеночной тупости

006. при поддиафрагмальном абсцессе может иметь место все, кроме:

- а) снижения дыхательной экскурсии легких
- б) высокого стояния купола диафрагмы
- в) содружественного выпота в плевральную полость
- г) болей, иррадиирующих в надключичную область
- д) диареи

007. лучшим вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:

- а) консервативное лечение
- б) внебрюшинное вскрытие и дренирование
- в) лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости
- г) пункция гнойника толстой иглой под контролем УЗИ
- д) все перечисленное верно

008. при абсцессе дугласова пространства показано:

- а) пункция через брюшную стенку
- б) лечебные клизмы
- в) вскрытие через брюшную стенку
- г) пункция, вскрытие и дренирование через прямую кишку
- д) консервативное лечение

009. срединную лапаротомию необходимо проводить при:

- а) разлитом перитоните
- б) местном неотграниченном перитоните

в) абсцессе Дугласова пространства

г) аппендикулярном инфильтрате

д) остром аппендиците

010. окрашенная желчью жидкость в брюшной полости наблюдается во всех случаях, кроме:

- а) перфорации желчного пузыря
- б) разрыва нагноившейся эхинококковой кисты печени
- в) длительной механической желтухи
- г) перфорации язвы 12-перстной кишки
- д) спонтанного желчного перитонита

Раздел 6. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

001. В клинику для оперативного лечения поступила больная Н., 36 лет, с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненным мерцательной аритмией. Какие характерные осложнения могут возникнуть у больной в дооперационном периоде? 1) тромбоэмболия легочных артерий; 2) отек легких; 3) гемоперикард; 4) синдром Бадда - Киари; 5) эмболия сосудов большого круга кровообращения

а) все верно

б) 1,2,3

в) 1,2,4

г) 2,4,5

д) 2,5

002. У больной Н., 45 лет, при проведении эхокардиографии выявлено, что диаметр левого атриовентрикулярного отверстия составляет 2,0 см. На свободных краях створок митрального клапана имеются единичные участки кальциноза. Полость левого предсердия умеренно увеличена. Ваше заключение о состоянии митрального клапана? 1) митральный клапан не изменен; 2) резкий стеноз; 3) значительный стеноз; 4) умеренный стеноз; 5) I степень кальциноза; 6) II степень кальциноза; 7) III степень кальциноза

а) 1

б) 2,5

в) 3,6

г) 4,5

д) 2,7

003. При обследовании больной К., 35 лет, диагностирован митральный стеноз. С помощью каких методов исследования можно выявить кальциноз митрального клапана и оценить его выраженность? 1) рентгенографии сердца; 2) эхокардиографии; 3) электрокардиографии; 4) фонокардиографии; 5) сцинтиграфии миокарда

а) все верно

б) 1,3,5

в) 2,3,4

г) 2,5

д) 1,2

004. Укажите, какие из перечисленных симптомов наблюдаются при сдавливающем перикарде? 1) отсутствие верхушечного толчка; 2) наличие шумов в сердце; 3) увеличение печени; 4) появление асцита; 5) спленомегалия

а) 1,3,4

б) 2,4,5

в) 1,4,5

г) 2,3,4

д) 1,2,3

005. Укажите, какие из приведенных данных специальных методов исследования, являются характерными для сдавливающего перикарда? 1) повышение артериального давления; 2) гипопротейнемия; 3) высокие цифры венозного давления; 4) резкое снижение вольтжа всех зубцов на ЭКГ; 5) лейкопения

а) 1,2,3

б) 1,3,4

в) 2,3,5

г) 2,3,4

д) 1,3,4

006. Выберите, какое из приведенных мероприятий показано при лечении выпотного перикарда?

а) назначение сердечных препаратов

б) назначение диуретиков

в) назначение антикоагулянтов

г) пункция перикарда

д) субтотальная перикардэктомия

007. Какие осложнения возможны при аневризме сердца? 1) гипоксия мозга; 2) гипоксия миокарда; 3) тромбоэмболия; 4) сердечная слабость; 5) цирроз печени

а) 2,5

б) 2,3

в) 3,4

г) 2,4

д) 1,5

008. Перечислите противопоказания к хирургической коррекции ИБС: 1) возраст больного старше 70 лет; 2) постоянное АД выше 180/100 мм рт.ст.; 3) избыточная масса тела; 4) тяжелые заболевания легких, печени, почек; 5) поражение дистальных отделов коронарных артерий; 6) диаметр венечных артерий менее 1,5 см

а) 2,4,5,6

б) 1,2,3

в) 3,4,6

г) 1,3,6

д) 2,3

009. Какие изменения происходят в организме при "синих" пороках сердца? 1) гипоксия всех органов; 2) гиперволемиа и гипертензия в системе легочной артерии; 3) хронический катар верхних дыхательных путей; 4) задержка развития; 5) гиповолемиа малого круга

а) 1,2,3

б) 1,2,3,4

в) 1,3,4

г) 2,3,4,5

д) 1,4,5

010. Клиническую картину открытого артериального протока характеризуют: 1) одышка и утомляемость при физической нагрузке; 2) яркий румянец; 3) АД с большим пульсовым колебанием за счет диастолического давления; 4) систолодиастолический шум во 2-3 межреберье слева от груди; 5) диастолический шум в 3-м межреберье справа от грудины

а) 1,3,4

б) 2,5

в) 2,3,5

г) 1,5

д) все ответы правильные

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ

Раздел 1. острый аппендицит :001 – в 002 – д 003 – г 004 – д 005 – в 006 – д 007 – д 008 – д 009 – д 010 – г Раздел 2. заболевания желчевыводящих путей :001 – в 002 – а 003 – б 004 – г 005 – б 006 – в 007 – б 008 – г 009 – б 010 – в 011 – д Раздел 3. острый панкреатит:001 – г 002 – г 003 – б 004 – в 005 – г 006 – б 007 – а 008 – б 009 – в 010 – в раздел 4. кишечная непроходимость: 001 – г 002 – д 003 – в 004 – б 005 – д 006 – г 007 – д 008 – г 009 – б 010 – г раздел 5. перитонит: 001 – а 002 – г 003 – б 004 – д 005 – г 006 – д 007 – г 008 – г 009 – а 010 – б раздел 6. заболевания артерий:001 – д 002 – д 003 – а 004 – д 005 – в 006 – г 007 – в 008 – д 009 – д 010 – в

Ситуационные задачи

Задача 1. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,6°C. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный. При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность и правой подвздошной области, напряжения мышц пет. Положительны симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоцитов в крови $8,0 \times 10^3$ в 1 мкл¹. Анализ мочи без особенностей. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа. острый аппендицит. Оперативное лечение

Задача 2 Поступает больной 70 лет с жалобами на небольшие, по стойкие боли в правой подвздошной области, которые появились у него сутки назад. Диспепсических расстройств нет. Температура нормальная. Ранее никогда подобных болей больной не отмечал. Ничем не болел. При осмотре: язык суховат, пульс 80 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий. В правой подвздошной области локальная болезненность. Симптомы Ровзинга и Ситковского выявляются. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Лейкоцитов в крови $6,1 \times 10^3$ в 1 мкл. В моче изменений нет. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа. острый аппендицит. Оперативное лечение

Задача 3. Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 6X5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены снаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения?

Эталон ответа. Паховая грыжа. Оперативное лечение

Задача 4. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен вновь уже с явлениями перитонита. В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть

варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

Эталон ответа. Нужна гбыла госпитализация.. Оперативное лечение

Задача 5 . У больной 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3°C, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина— Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \cdot 10^3$ в 1 мкл. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

Эталон ответа. острый холецистит. Оперативное лечение

Практические навыки и умения

Выполнить обследование больного с хирургической патологией

Выявить симптомы, характерные для острого аппендицита

Выявить симптомы, характерные для острого холецистита

Выявить симптомы, характерные для острого панкреатита

Выявить симптомы, характерные для ОКН

Выявить симптомы, характерные для ЖКК

Выявить симптомы, характерные для острого флеботромбоза

Подобрать инструментарий для выполнения лапаротомии.

Подобрать инструментарий для выполнения грыжесечения

Оценить данные КТ и МРТ бр. полости

Оценить данные УЗИ бр. полости

Оценить данные Рг-фии бр. полости

Критерии оценивания форм контроля:

Собеседования:

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------|--|---|--|
| | прочность знаний | умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы | логичность и последовательность ответа |
| отлично | прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа | высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры | высокая логичность и последовательность ответа |
| хорошо | прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное | умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить | логичность и последовательность ответа |

| | | | |
|---------------------|--|---|---|
| | владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе | примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе | |
| удовлетворительно | удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа | удовлетворительная логичность и последовательность ответа |
| неудовлетворительно | слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа | неумение давать аргументированные ответы | отсутствие логичности и последовательности ответа |

Шкала оценивания тестового контроля:

| | |
|----------------------------|---------------------|
| процент правильных ответов | Отметки |
| 91-100 | отлично |
| 71-90 | хорошо |
| 51-70 | удовлетворительно |
| Менее 50 | неудовлетворительно |

Ситуационных задач:

| Отметка | Дескрипторы | | | |
|-------------------|---|---|--|--|
| | понимание проблемы | анализ ситуации | навыки решения ситуации | профессиональное мышление |
| отлично | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы | высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации | высокий уровень профессионального мышления |
| хорошо | полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены | способность анализировать ситуацию, делать выводы | способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе |
| удовлетворительно | частичное понимание | Удовлетворительная | Удовлетворительные навыки | достаточный уровень профессионального |

| | | | | |
|---------------------|---|---|---------------------------------------|---|
| | проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены | способность анализировать ситуацию, делать выводы | решения ситуации | мышления. Допускается более двух неточностей в ответе |
| неудовлетворительно | непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу | Низкая способность анализировать ситуацию | Недостаточные навыки решения ситуации | Отсутствует |

Навыков:

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------------------|---|---|---|
| | системность теоретических знаний | знания методики выполнения практических навыков | выполнение практических умений |
| отлично | системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. | устойчивые знания методики выполнения практических навыков | самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений |
| хорошо | системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются | устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются | самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений |
| удовлетворительно | удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. | знания основных положений методики выполнения практических навыков | самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя |
| неудовлетворительно | низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно | низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков | невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения |

| | | | |
|--|---|--|--|
| | продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки | | |
|--|---|--|--|

Критерии и показатели, используемые при оценивании учебного реферата

| Критерии | Показатели |
|---|---|
| 1. Новизна реферированного текста Макс. - 20 баллов | - актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - наличие авторской позиции, самостоятельность суждений. |
| 2. Степень раскрытия сущности проблемы Макс. - 30 баллов | - соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы; - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы. |
| 3. Обоснованность выбора источников Макс. - 20 баллов | - круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т.д.). |
| 4. Соблюдение требований к оформлению Макс. - 15 баллов | - правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев. |
| 5. Грамотность Макс. - 15 баллов | - отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль. |

Реферат оценивается по 100 балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

- 86 – 100 баллов – «отлично»;
- 70 – 75 баллов – «хорошо»;
- 51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;
- менее 51 балла – «неудовлетворительно».

При оценивании реферата в системе «зачтено»-«не зачтено», «зачтено» ставится за реферат от 51 балла.

Критерии оценивания курации пациента

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------|-------------------------|--|-----------------------------|
| | постоянство курирования | освоение практических навыков и умений | выполнение навыков и умений |
| | | | |

| | | | |
|------------|--|--|--|
| зачтено | студент ежедневно курировал тематического больного | освоил полностью практические навыки и умения (правильно интерпретировал жалобы больного, анамнез, данные объективного осмотра, формулировал клинический диагноз, назначал обследование и лечение, интерпретировал клиничко-лабораторные и инструментальные показатели с учетом нормы) | навыки выполняются самостоятельно, правильно, допускаются незначительные неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются |
| не зачтено | студент нерегулярно курировал тематического больного | владеет лишь некоторыми практическими навыками и умениями, либо освоил навыки не полностью | ошибочность или неспособность самостоятельного выполнения навыка или умения |

Критерии оценивания выполнения истории болезни

| Отметка | Дескрипторы | | |
|------------|---|--|--|
| | Полнота представления разделов | Обоснованность диагноза, выбора лечения | Грамотность, логика написания истории болезни |
| зачтено | все разделы полностью представлены и содержат требуемую верную информацию | обоснование предварительного диагноза согласуется со знаниями пропедевтики (динамики жалоб, полного анамнеза, физикального статуса), служит основой для верификации окончательного диагноза, который грамотно нозологически сформулирован, допускаются небольшие погрешности в изложении материала (неполная детализация жалоб, нет полноты дневниковых записей, кратко изложен патогенез) | Высокий уровень грамотности, присутствует логика интерпретации данных дополнительного обследования, дифференциального диагноза и/или его обоснования, выбора лечения, назначения практических рекомендаций |
| не зачтено | разделы не раскрыты по требованиям, нет обоснованной базы основных разделов, либо она противоречит знаниям пропедевтики | имеются заблуждения или недоработки в трактовке параметров основного диагноза, полностью не сформулирована нозологическая форма, есть ошибки в разделах «предварительный диагноз», «окончательный диагноз» и «лечение», непоследовательно указан прогноз, слабо раскрыт раздел этиологии и патогенеза. | Средний или низкий уровень грамотности, не найдена, либо в изложении и на защите отсутствует причинно-следственная связь жалоб, анамнеза, физикального статуса. |

Критерии оценивания ответов на вопросы при защите истории болезни

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------|-------------------------|------------------------|---|
| | Логика, полнота ответов | Систематичность знаний | Самостоятельность и профессиональность мышления |
| | | | |

| | | | |
|------------|--|---|---|
| зачтено | обучающийся дал исчерпывающие, развернутые ответы на вопросы по истории болезни | обнаружил всесторонние, систематические и глубокие знания по заболеванию, представленному в истории болезни; логически выражает мысли, обосновал диагноз, составил правильный и полный план обследования, полно и правильно интерпретировал результаты дополнительных исследований, обосновал назначенную терапию. Допускаются неточности или незначительные нарушения логики ответа. | проявил самостоятельность и профессионализм в интерпретации данных обследования, обосновании диагноза и выбора лечения, прогнозе заболевания курируемого пациента |
| не зачтено | обучающийся на вопросы ответил однозначно, ответы не полные, отсутствует логика их построения. Либо не смог ответить на вопросы. | обучающийся не раскрыл глубины знаний всех разделов истории болезни, не отмечена уверенность в обосновании диагностических версий и лечения. | проявил низкую степень самостоятельности в интерпретации данных обследования, обосновании диагноза и выбора лечения, прогнозе заболевания курируемого пациента |

ЧЕК-ЛИСТ ЭКЗАМЕНАЦИОННОЙ ПРОЦЕДУРЫ

Критерии оценивания:

итоговая оценка выставляется по определению среднеарифметического показателя

| № | Экзаменационное мероприятие | Баллы |
|--|-----------------------------|---------|
| 1 | тесты | 12,5-25 |
| 2 | Практические навыки | 12,5-25 |
| 3 | Ситуационные задачи | 12,5-25 |
| 4 | собеседование | 12,5-25 |
| Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов: | | 100 |

ЧЕК-ЛИСТ ДЛЯ ВТОРОЙ (КОМИССИОННОЙ) ПЕРЕСДАЧИ

если изучение дисциплины завершается зачётом, дифференцированным зачётом, экзаменом

| № | Экзаменационное мероприятие* | Баллы |
|--|------------------------------|--------|
| 1 | собеседование | 50-100 |
| Итого за экзаменационную процедуру максимальное кол-во баллов: | | 100 |

* Указываются конкретные виды, этапы проведения экзаменационной процедуры, баллы за каждый из этапов, из расчета max 100 баллов в целом за экзаменационную процедуру.