

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

МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы по

Клинической практике

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

Ростов-на-Дону

2023 г.

1. Перечень компетенций, формируемых практикой

ОПК 5

готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

| Наименование компетенции | Виды оценочных материалов | количество заданий на 1 компетенцию |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| ПК-5 | Задания открытого типа: | 17 |
| | Ситуационные задачи | 13 |
| | Навыки | 24 |

Задание 1. Вопрос для собеседования.

Основными признаками клинической смерти являются:

Эталон ответа: остановка дыхания; отсутствие сознания; расширение зрачков; отсутствие зрачкового рефлекса; отсутствие пульса на сонных артериях .

Задание 2. Вопрос для собеседования.

Эффективность проводимых реанимационных мероприятий определяется следующими симптомами:

Эталон ответа: сужением зрачков; определением пульсовой волны на сонных артериях; улучшением цвета кожных покровов; экскурсией грудной клетки.

Задание 3. Вопрос для собеседования.

Назовите медикаментозные препараты при сердечно-легочной реанимации:

Эталон ответа: адреналин атропин; бикарбонат натрия; глюкокортикоидные гормоны

Задание 4. Вопрос для собеседования. Правильная укладка больного при сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе:

Эталон ответа: 1. приподнять ножной конец; 2. положить на твердую ровную поверхность; 3. положить валик под шею; 4. разгибание в атланта-

окципитальном сочленении; 5. вывести нижнюю челюсть; 6. подложить валик под плечевой пояс.

Задание 5. Вопрос для собеседования.

К методам физической остановки кровотечения относятся

Эталон ответа: электрокоагуляция

Задание 6. Вопрос для собеседования.

Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является :

Эталон ответа: эластичное выпячивание в паховой области

Задание 7. Вопрос для собеседования.

Обзорная рентгенография органов грудной клетки выполняется в положении

Эталон ответа: стоя.

Задание 8. Вопрос для собеседования.

При оперативном лечении абсцесса необходимо:

Эталон ответа: абсцесс вскрыть и дренировать

Задание 9. Вопрос для собеседования.

Если после вскрытия флегмоны у больного в течение 3-4 дней сохраняется высокая температура и озноб, необходимо :

Эталон ответа: выполнить ревизию раны и посев крови на стерильность.

Задание 10. Вопрос для собеседования.

Газ в брюшной полости при перитоните появляется вследствие:

Эталон ответа: перфорации полых органов.

Задание 11. Вопрос для собеседования.

Мелена это?:

Эталон ответа: дегтеобразный стул.

Задание 12. Вопрос для собеседования.

Какие рентгенологические признаки наиболее характерны для кишечной непроходимости?

Эталон ответа: чаши «Клойбера».

Задание 13. Вопрос для собеседования.

При напряженном пневмотораксе плевральную полость пунктируют:

Эталон ответа: во 2 межреберье.

Задание 14. Вопрос для собеседования.

Если при определении групповой принадлежности агглютинация не наступила со всеми цоликлонами, то испытуемая кровь принадлежит к группе

Эталон ответа: к первой O(I)

Задание 15. Вопрос для собеседования.

Если при определении групповой принадлежности агглютинация наступила с цоликлонами 3-х групп, то испытываемая кровь принадлежит к группе

Эталон ответа: к четвертой AB(IV)

Задание 16. Вопрос для собеседования.

Если при определении групповой принадлежности агглютинация наступила с цоликлонами третьей и четвертой группы, то испытываемая кровь принадлежит к группе

Эталон ответа: к третьей B (III)

Задание 17. Вопрос для собеседования.

Если при определении групповой принадлежности агглютинация наступила с цоликлонами второй и четвертой группы, то испытываемая кровь принадлежит к группе

Эталон ответа: ко второй A(II).

18. Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного средней тяжести. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота определяется болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – 10.2×10⁹/л. 1) Ваш предположительный диагноз? 2) Какое заболевание следует исключить?

Правильный ответ: аппендикулярный инфильтрат? Опухоль слепой кишки.

19. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - 14.5×10⁹/л. Ваш предварительный диагноз?

Правильный ответ: острый аппендицит

20. Женщина 32 лет. Вторая беременность – 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастральной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят

постоянный характер, без иррадиации. Температура тела – 32,7°. Лейкоциты – $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный. Ваш предварительный диагноз? Какое заболевание следует исключить и как?

Правильный ответ: Острый аппендицит. Острый холцистит. Выполнить УЗИ брюшной полости.

21. У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$. Какое осложнение вы заподозрили у больного?

Правильный ответ: внутрибрюшное кровотечение из брыжейки аппендикса.

22. Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 °С, За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Общее состояние средней тяжести. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты . Какой диагноз Вы поставите?

Правильный ответ: острый холецистит.

23. Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френikus-симптом. УЗИ при поступлении – желчный пузырь 146x72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41x32 мм, холедох 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя. Какой диагноз у больной, что подтверждает диагноз?

Правильный ответ: Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.

24. У больной 65 лет, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации в правом подреберье определялось значительных размеров плотноэластическое безболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины не определялось. Температура тела все это время оставалась нормальной, лейкоцитоз отсутствовал, сдвига лейкоцитарной формулы нет. При УЗИ – желчный пузырь 123х63, стенка 4 мм, в области шейки фиксированный конкремент 23х18 мм, холедох 6 мм. Ваш диагноз и тактика лечения?

Правильный ответ: водянка желчного пузыря, показана операция – холецистэктомия.

25. У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до 37,8⁰ С, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ – желчный пузырь 115х63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ – желчный пузырь 82х59 мм, стенка 3мм, холедох 8 мм. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать. Ваш диагноз?

Правильный ответ: холедохолитиаз

26 Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 39⁰С. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженный лейкоцитоз со сдвигом нейтрофильной формулы влево. Какое осложнение острого холецистита у больной?

Правильный ответ: перитонит

27. Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха.

Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л. Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной? Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?

Правильный ответ: холангиография. холедохолитиаз

28. Больная С., 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря, операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита, сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено. Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков?

Правильный ответ: Посттравматическая стриктура холедоха.

29.. Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ – был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастриальной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена. Какое осложнение развилось у больной?

Правильный ответ: острый панкреатит

30.. Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД – 100/60 мм рт.ст. Ps – 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Нв - 105 г/л, эр. – $2,32 \cdot 10^{12}$ / л, амилаза крови – 128 ед. Какое осложнение развилось?

Правильный ответ: Внутрикишечное кровотечение.

Практические навыки:

| |
|--|
| Курация больного |
| Первичный осмотр больного |
| Методы местного обезболивания |
| Подготовка к гемотрансфузии |
| Ассистенция в перевязочной |
| Подготовить руки хирурга к операции |
| Одевание стерильного халата и перчаток |
| Ассистенция при операциях на органах шеи и грудной полости |
| Ассистенция при операциях на органах брюшной полости |
| Другие операции |
| Подготовить систему для переливания крови и кровезаменителей |
| Определение группы крови |
| Проба на групповую совместимость |
| Проба на резус-совместимость |
| Биологическая проба |
| Диагностическая пункция плевральной полости |
| Эндоскопические исследования |
| Кожные швы (наложение и снятие) |
| Перевязки чистых и гнойных ран |
| Удаление тампонов и дренажей |
| Катетеризация мочевого пузыря |

| |
|-------------------------------------|
| Остановка кровотечения |
| Пальцевое исследование прямой кишки |

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

| Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции | Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции | Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции | Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции |
|---|---|---|---|
| Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины | Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне. | Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке | Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне. |

Критерии оценивания тестового контроля:

| | |
|----------------------------|---------------------|
| процент правильных ответов | Отметки |
| 91-100 | отлично |
| 81-90 | хорошо |
| 70-80 | удовлетворительно |
| Менее 70 | неудовлетворительно |

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

| Отметка | Дескрипторы | | |
|---------|------------------|---|--|
| | прочность знаний | умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать | логичность и последовательность ответа |
| | | | |

| | | ВЫВОДЫ | |
|---------------------|---|---|---|
| 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 владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе | умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе | логичность и последовательность ответа |
| 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 |

Критерии оценивания 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 проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены | удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы | удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи | достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения |
| 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 |